

LÉIA EMÍLIA MAY

***A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA FRENTE À DOR DO
CLIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO - UMA
ABORDAGEM HUMANIZADA***

FLORIANÓPOLIS

JANEIRO - 2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

***A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA FRENTE À DOR DO
CLIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO - UMA
ABORDAGEM HUMANIZADA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

MESTRANDA: Léia Emília May

ORIENTADORA: Prof^ª Dra Maria Itayra C.S. Padilha

FEVEREIRO, 2002.

**A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA FRENTE À DOR DO CLIENTE EM PÓS-OPERATÓRIO – UMA
ABORDAGEM HUMANIZADA**

LÉIA EMÍLIA MAY

**Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora
para obtenção do título de:**

Mestre em Enfermagem

**E aprovada na sua versão final em fevereiro
de 2002, atendendo as normas da legislação
vigente da Universidade Federal de Santa
Catarina, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Área de Concentração:
Filosofia, Saúde e Sociedade.**

Prof^a Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Banca Examinadora

Prof^a Dra. Maria Itayra C. Padilha (presidente)

Prof^o Dr. Gelson Albuquerque (membro)

Prof^a Dra. Miriam S. Borenstein (membro)

Prof^a Dra Denise M. Guerreiro V. Silva.
(suplente)

Prof^a Mestre. Ilca L. Keller Alonso (membro em formação).

“O visível é o que se apreende com os olhos, o sensível é o que se apreende pelos sentidos”.

Merleau-Ponty (1999)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar-me nesta caminhada.

Aos meus pais, por terem me dado esta oportunidade de estar-no-mundo e poder vir-a-ser mais.

À minha querida orientadora, Professora Maria Itayra, por ter me guiado nesta caminhada com muita dedicação, ajuda, paciência, confiança e estímulo. A sua orientação foi preciosa.

Ao meu querido marido, Cláudio, por ter compartilhado e me apoiado nesta trajetória.

Ao pessoal da Clínica Cirurgia I, que me acolheu, para que eu pudesse desenvolver este trabalho, e aos clientes que participaram, o meu sincero agradecimento.

Aos meus familiares, pelo apoio e por torcerem por mim.

Aos professores, Gelson, Ilca, Miriam e Denise, pela disponibilidade em contribuir com o seu conhecimento ao participarem da banca examinadora deste estudo.

À querida Dulce, por ter se revelado uma amiga e companheira de todas as horas. Quantos trabalhos, quanto desabafo, e quantas vitórias...

Às colegas, Tânia, Cínara, Elianinha, Patrícia, Silvana, pelos desabafos, alegrias e cansaço, que compartilhamos nesta caminhada.

Às queridas amigas, Odaléa, Lúcia, Nádia e Mila, pela gentileza dos livros e outros materiais emprestados, pelas contribuições e pelo ombro amigo nos momentos mais difíceis.

Às professoras da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL -, Flávia, Jacqueline, Jack, Nádia, Dulce, Maritê, pela sua colaboração e compreensão. Valeu.

Aos professores do Curso de Mestrado, pela experiência e conhecimento compartilhados.

Ao Hospital Universitário, pela acolhida para a realização da coleta de dados e pela contribuição indireta para a concretização deste trabalho.

Aos funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem, que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

Finalmente, aos colegas de mestrado, pelas novas amizades, pelos momentos de convívio e pelas experiências compartilhadas.

RESUMO

O presente trabalho, trata-se de uma pesquisa convergente assistencial, desenvolvida na Clínica Cirúrgica I de um Hospital Escola, no mês de junho de 2001, com clientes adultos e a equipe de enfermagem. O objetivo foi analisar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos clientes internados e que vivenciaram a dor, à luz da Teoria Humanística proposta por Peterson e Zderad. Os instrumentos utilizados na metodologia foram: a implementação do cuidado humanizado a três clientes, na qual utilizei três etapas metodológicas de Paterson e Zderad, que denominei: o olhar intuitivo, o olhar científico e a fusão dos olhares intuitivo e científico; a entrevista a estes três clientes no período de pré e pós-operatório e a observação participante da equipe de enfermagem. Seguindo a trajetória, realizei na análise dos dados, o contraponto dos vários olhares no cuidado humanizado e na observação participante da equipe de enfermagem enquanto cuidava dos clientes que referiram dor. Neste sentido, se desvelaram a possibilidade e a importância de realizar o cuidado norteado por este referencial, pois a humanização do cuidado ao cliente que vivencia a dor está vinculada à valorização da intersubjetividade, à presença genuína da enfermeira, ao estar-com, objetivando nutrir o estar-melhor e o vir-a-ser-mais. Contrapõe-se a isto, o cuidado de enfermagem no cotidiano, por se apresentar, muitas vezes, essencialmente técnico, desprovido de compreensão dos sentimentos relativos ao processo de dor sua avaliação e tratamento. Neste sentido, os clientes vivenciam a dor algumas vezes, no período de pós-operatório, desnecessariamente, propondo-se um trabalho educativo junto à equipe de enfermagem, a fim de mudar esta realidade.

ABSTRACT

The present article presents the results of an assistential convergent research carried out at the Surgical Clinic I of a School Hospital, in June of 2001, involving adult clients and the nursing team. The purpose of the study was to evaluate the care delivered by the nursing team to clients admitted to the surgical unit, who experienced pain as defined by the humanist theory proposed by Paterson and Zderad. The methodology instruments applied were: implementation of humanized care to three clients, using three methodological steps of Paterson and Zderad, defined as intuitive look, scientific look and fusion of intuitive and scientific looks; client interviews during the pre-operative and post-operative periods; and the participative observation of the nursing team. During data analysis, counterpoint of the various looks during the humanized care and participative observation of the nursing team were performed while care was delivered to the patients referring pain. The possibility and importance of delivering care using this referential was entertained, because humanization of care to the client experiencing pain is related to the valorization of intersubjectivity, the genuine presence of the nurse, to effectively "be with" with the purpose of nourishing "well" as well as "better" being. Routine daily care opposes this practice, because its most of the times merely technical, lacking comprehension of the feelings that relate to the pain process, its evaluation and treatment, as well as being insensitive to the human condition of the individual who experience pain. Therefore, clients may experience, sometimes, unnecessary pain during the post operative period. In order to change this reality, an educational program geared towards the nursing team is proposed.

RESUMEN

El presente trabajo trata de una investigación convergente asistencial, desarrollada en la Clínica Quirúrgica I de un Hospital Escuela, en el mes de Junio de 2001 con clientes adultos y el equipo de enfermería. El objetivo fue analizar el cuidado ofrecido por el equipo de enfermería a los clientes internados y que vivenciaron el dolor, a la luz de la Teoría Humanística propuesta por Paterson y Zderad. Los instrumentos utilizados en la metodología fueron: la implementación del cuidado humanizado a tres clientes, en el cual se utilizaron tres etapas metodológicas de Paterson y Zderad que denominé: el enfoque intuitivo, el enfoque científico y la fusión de los enfoques intuitivo y científico; la entrevista de estos tres clientes en los períodos pre y posoperatorio y la observación participante activa del equipo de enfermería. Continuando la trayectoria, se realizó el análisis de datos, la confrontación de los diversos enfoques en el cuidado humanizado y en la observación participante del equipo de enfermería mientras cuidaba de los clientes que referían dolor. En este sentido se evidenció la posibilidad y la importancia de realizar el cuidado con la orientación de este referencial, pues la humanización del cuidado al cliente que experimenta dolor está vinculada a la valoración de la intersubjetividad, a la presencia genuina de la enfermera, al estar-con objetivando nutrir el estar mejor y el llegar a ser más. Se contraponen a esto el cuidado en lo cotidiano, por presentarse esencialmente técnico, desprovisto de conocimientos relativos al proceso de dolor, su evaluación y tratamiento, e insensible a la condición humana de aquel que experimenta dolor. En este sentido, los clientes experimentan, durante el posoperatorio, episodios de dolor que podrían ser evitados.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Minha História	11
1.2 O Foco do Estudo.....	13
1.3 Os Objetivos.....	18
2. A REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 O cliente Cirúrgico.....	20
2.2 Uma Breve História da Dor.....	21
2.3 Mecanismos Neurofisiológicos da Dor.....	23
2.4 Influências Psicossociais na Percepção Dolorosa.....	25
2.5 A Avaliação da Dor no Pós-operatório.....	26
2.6 As Diferentes Formas de Tratamento da Dor.....	29
3. O REFERENCIAL TEÓRICO.....	33
3.1 A Teoria Humanística de Paterson e Zderad.....	33
3.1.1 Paterson e Zderad – Um Breve Histórico.....	33
3.2 Pressupostos Básicos da Teoria Humanística	35
3.3 Meus Pressupostos	36
3.4 As Etapas do Método.....	37
4. A METODOLOGIA.....	40
4.1 O Cenário.....	40

4.2 Entrando na Unidade.....	42
4.3 Apresentando os Clientes.....	43
4.4 Os Instrumentos e a Coleta de Dados.....	45
4.4.1 Os Instrumentos.....	45
4.4.2 A Coleta de Dados.....	47
4.5 A Análise dos Dados.....	50
4.6 O Componente Ético desta Trajetória	51
5. O CONTRAPONTO DOS VÁRIOS OLHARES NO CUIDADO	
HUMANIZADO E NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DA EQUIPE DE	
ENFERMAGEM.....	54
5.1 O Olhar Intuitivo no Cuidado Humanizado e na Observação	
Participante.....	54
5.2 O Olhar Científico no Cuidado humanizado e na Observação	
Participante.....	68
5.3 A Fusão dos Olhares Intuitivo-Científico no Cuidado Humanizado e	
na Observação Participante.....	80
6. A DIMENSÃO TEÓRICA E PRÁTICA DOS CONCEITOS.....	88
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	108

1. INTRODUÇÃO

1.1. Minha História

Em 1982, concluí o curso de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade Federal de Pelotas. Posteriormente, em 1983, iniciei a minha carreira como enfermeira no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, realizando um antigo sonho. A princípio, trabalhei na Clínica Médica Masculina durante seis meses e depois, tendo solicitado transferência para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ingressei naquele setor, sendo esta uma meta desde os tempos de estudante.

A UTI me proporcionou uma grande experiência a partir das vivências e contribuiu, tanto para o meu crescimento profissional como pessoal. Permaneci durante nove anos neste setor, sendo que, por um período de três anos, assumi o cargo de chefia da Unidade. Concomitantemente, concluí o Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Exercer o cargo de chefia foi bastante desgastante, neste processo, repensei a minha atuação na UTI. Neste sentido, outros fatores que estavam me angustiando foram evidenciados como: o ambiente muito restrito, estressante, o sofrimento humano intenso e o grande número de óbitos. Decidi solicitar a transferência para outro setor. No período de estudante, outra área que sempre me despertou interesse foi a Clínica Cirúrgica, e, desta forma, pensava em atuar numa Unidade Cirúrgica, porém, na época, o quadro de enfermeiras desta unidade já se encontrava completo, assim, surgiu a oportunidade de ingressar na Clínica Médica Feminina, para onde me transferi e permaneci por aproximadamente quatro anos. O fato de estar em uma unidade aberta, e me relacionar com clientes menos graves, com maior independência, foi bastante marcante. Ainda hoje lembro da sensação gratificante que eu experimentava durante a visita diária aos clientes, pois estes se encontravam muitas vezes em pé ou sentados, ou ainda, quando eles me acompanhavam até a porta do quarto, por exemplo, para se despedir. Na UTI, os clientes, na sua grande maioria permanecem no leito, muitas vezes em estado

comatoso ou entubados. Nesta vivência, eu desvelava um novo mundo, com clientes que experimentavam o sofrimento, porém em geral menos intenso que àquele na UTI. Posteriormente, ao ficar sabendo que surgiria uma vaga na Clínica Ginecológica e Triagem obstétrica, me inscrevi. Após ter sido selecionada, iniciei minha atuação como enfermeira assistencial e naquele setor permaneci por cinco anos. Nesta Unidade, em que 90% das clientes internam-se para cirurgias ginecológicas, pude contemplar meu sonho de atuar junto à clientes cirúrgicos.

A necessidade de realizar novas atividades e buscar conhecimentos, fez com que eu concorresse para uma vaga de Professora Substituta na Disciplina de Enfermagem nas Intercorrências Clínicas, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC -, fui aprovada em concurso e contratada por um ano e seis meses. Posteriormente, fui facilitadora de um grupo de Auxiliares de Enfermagem pelo Projeto Supletivo Auxiliar de Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFSC/Repensul. Finalmente, passei a atuar como Professora das Disciplinas de Semiologia e Semiotécnica I e II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL -, e também como Enfermeira no Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem – CEPEn, no H.U/UFSC. Iniciei minha atuação, neste setor, em outubro de 2000, acreditando que, com minha vivência, poderei oferecer significativa contribuição para a educação e pesquisa neste hospital.

Após minha experiência como enfermeira de várias unidades e como professora em três cursos, comecei a perceber a necessidade de avançar, de crescer. Conversava com as colegas que cursavam o mestrado e observava, nelas, mudanças de comportamento, na sua visão de mundo e na forma de se expressarem. Aos poucos, a idéia de também fazer o mestrado foi se consolidando dentro de mim. O assunto já estava escolhido, “a dor”, bastava enfrentar o desafio da seleção. Finalmente, chegou o dia do resultado, fiquei emocionada com a aprovação, e acredito que como aquelas colegas que eu percebia crescendo, hoje percebo em mim esta transformação. “O olhar”, agora, é diferente, é permeado de possibilidades que só um curso de pós-graduação pode nos oportunizar.

No mestrado, desenvolvi este estudo na Clínica Cirúrgica I, no Hospital Universitário da UFSC. Os clientes atendidos nesta Unidade eram provenientes da comunidade, de outros hospitais da Grande Florianópolis e de outras cidades de Santa Catarina. Eram clientes adultos, jovens ou idosos, portadores de patologias diversas e foram submetidos às mais

variadas cirurgias, como, por exemplo, colecistectomias, hérniorrafias, traqueostomias, gastrectomias, laringectomias e outras.

Observei, durante a minha atuação nas Unidades, em especial nos quatro anos que trabalhei na Clínica Ginecológica com clientes submetidas a cirurgias, que eram frequentes as queixas de dor.

Independentemente do momento, ora atuando como enfermeira assistencial na UTI, Clínica Médica ou Clínica Cirúrgica, ora atuando como professora em Clínica Médica ou Clínica Cirúrgica, um aspecto que me inquietava no cuidado prestado, era relativo à abordagem e atuação da enfermeira frente ao cliente que vivenciava a dor, e, em especial, o cliente no pós-operatório. Esta inquietação serviu como alavanca para a realização deste trabalho.

1.2. O Foco do Estudo

A dor aguda atinge milhões de pessoas em todo o mundo, e mesmo assim, as pessoas que referem dor, são atendidas de modo inadequado em quase todos os países. Somente nas últimas décadas se tem dedicado melhor atenção ao problema, através de estudos e discussões sobre os porquês da dor e as formas de abrandá-la ou combatê-la (DRUMMOND, 2000).

No Brasil, a dor é o principal motivo de consultas médicas e está presente em 85% dos clientes atendidos. Segundo uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em 1993, o nosso país é o segundo da América Latina em que os clientes portadores de câncer mais sofrem de dor. De acordo com esta pesquisa, estes clientes recebem um décimo da dose de morfina, quando comparados com os clientes na Suécia. Temos em todo o país 70 Centros de Tratamento Especializados em Dor, quando seriam necessários 3000 Centros (VERGARA, 2001). De acordo com Lupinacci e Guatelli (1994), o manejo da dor no pós-operatório é insatisfatório e estudos apontam que cerca de 40% dos clientes que recebem a terapêutica convencional referem dor de moderada a forte intensidade. Neste sentido podemos perceber como a dor é negligenciada em nosso meio.

Em Florianópolis, existe um Grupo de Estudos sobre a dor crônica no Centro de Pesquisa Oncológica (CEPON), coordenado pela médica oncologista Maria Tereza Schoeller.

A maior pesquisa já feita no Brasil, sobre dor, foi realizada pelo neurocirurgião, Manoel Jacobsen Teixeira, denominada estudo Master de dor, sendo editada em 1995. Ele evidenciou na equipe médica e de enfermagem muitos preconceitos como: a idéia de que toda dor é psicogênica, quando estudos já comprovaram que para 99% dos casos de dor foi encontrada a causa orgânica; 30% dos médicos no Brasil acham que dores crônicas são psicogênicas e 20% acreditam que as dores agudas também são imaginárias. Outra evidência encontrada foi o medo da dependência química aos opiáceos. Entre os profissionais de enfermagem, constatou que 71% acham que o cliente deve tolerar a dor para evitar excesso de medicamento (VERGARA, 2001). Em consonância com este estudo, observo, muitas vezes no cotidiano hospitalar, a crença manifestada pela equipe de enfermagem e médica, que a dor é imaginária ou está sendo supervalorizada pelo cliente. Outro fato observado é o mito em torno dos opiáceos, relacionado à dependência química.

A Sociedade Internacional para Estudo da Dor (IASP), em 1979, conceituou a dor como “uma experiência perceptual, sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais”. Esta sociedade é uma entidade multidisciplinar composta por profissionais da área da saúde que se dedicam à pesquisa, diagnóstico e tratamento para o cuidado dos clientes com dor. Atualmente, possui 6.754 membros, de 113 países, dentre estes membros existem, cientistas, médicos, enfermeiras, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais da área da saúde que tenham interesse pelo tema (INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – IASP, 2001).

De acordo com MacCaffery (apud ATKINSON; MURRAY, 1989, p.476) “ a dor é tudo que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a pessoa diz que existe”. “A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências traumáticas” (ROSSATO; ÂNGELO, 1999, p.236). Segundo Pimenta et al (1998), a dor é um fenômeno multidimensional e, portanto, sua avaliação e controle devem abranger esta multidimensionalidade. Reforçando esta idéia, Pereira e Zago (1998) afirmam que a percepção da dor, não depende simplesmente do tipo e intensidade do estímulo doloroso, a dor é uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural, do significado da situação e de outros fatores individuais, portanto o significado e o impacto das experiências pessoais anteriores contribuirão para determinar a vivência da dor. Na minha concepção, o entendimento pela enfermeira e equipe de saúde, da complexidade do fenômeno da dor é de

suma importância para que possam acreditar e valorizar a queixa do cliente, promovendo o seu alívio.

De acordo com Pereira e Souza (1998a), a dor é a complicação de maior incidência no período pós-operatório. Em consonância com estas autoras, observo, na prática profissional como enfermeira, que é freqüente a vivência da dor pelos clientes. Neste estudo, enfocarei a dor aguda no pós-operatório por acreditar que ela é desnecessária e que pode e deve ser controlada. A dor aguda cumpre uma função biológica de sinalizar que algo está errado no organismo, porém, no pós-operatório, sua causa já está evidenciada, sendo possível e desejável seu alívio para que desta forma a equipe de saúde possa nutrir o estar-melhor dos clientes.

No meu cotidiano hospitalar, observo muitas situações, que me fazem refletir sobre o agir da equipe de enfermagem diante das situações de queixa de dor dos clientes cirúrgicos. Dentre elas algumas são mais evidentes, tais como:

- clientes que referem dor no pós-operatório, e a enfermeira ou outro membro da equipe de enfermagem não valoriza a sua queixa demorando a atendê-lo;
- a equipe, após a avaliação, subestima a dor referida pelo cliente;
- a enfermeira, diante da prescrição médica de analgésicos, em especial os narcóticos, que em muitas prescrições aparecem como “administrar se necessário”, teme administrá-lo ou associá-lo a outro analgésico prescrito;
- a enfermeira, frente às prescrições médicas de analgésicos insuficientes não questiona para uma possível adequação da droga, visto ser ela que acompanha o cliente 24 horas e, portanto, ser a pessoa mais indicada para esta avaliação e informação;
- observo, nos membros da equipe de saúde e nos acadêmicos, uma não preocupação com o caráter subjetivo da dor, considerando que uma pessoa na sua individualidade deve ser compreendida e valorizada quando refere alguma queixa;
- clientes que não relatam sua dor temendo incomodar a equipe de saúde ou por medo de medicação injetável, principalmente quando esta for por via intramuscular;

- a equipe de saúde manifesta atitude de descrédito na dor referida pelo cliente, procurando objetivar este fenômeno tão subjetivo;
- conhecimento insuficiente da equipe de saúde com relação à dor;
- considera-se aqui também o fator cultural, nível sócioeconômico, sexo e personalidade do cliente, pois, algumas vezes, tentam demonstrar força para suportar a dor até seu limite máximo, para só então solicitar a intervenção da enfermeira.

Para Drummond (2000), a dor pós-operatória é resultante de fatores diversos como natureza da cirurgia, tipo fisiológico e psicológico do cliente, preparo pré-operatório do ponto de vista psicológico, fisiológico e farmacológico, complicações na cirurgia entre outros. Estes fatores influenciarão a intensidade, a qualidade e a duração da dor. Acredita que pela natureza diversificada dos fatores que influenciam a percepção da dor, se faz necessária a participação de uma equipe como, anestesta, cirurgião e a equipe de enfermagem, para a terapêutica e prevenção da dor no pós-operatório.

O ambiente hospitalar, a internação, a separação da família e amigos, a anestesia, o centro cirúrgico e o medo do desconhecido, são fatores que influenciam a resposta à dor. O cliente que é submetido a uma cirurgia, vivencia, além da agressão física, uma agressão emocional. Creio que o cliente com dor no pós-operatório deva ser tratado de forma especial, tendo em vista este momento ímpar que atravessa.

O tratamento adequado aos clientes que referem dor no pós-operatório, depende, em parte, da avaliação da enfermeira, em virtude de sua posição estratégica, ou seja, ela e sua equipe atuam junto ao cliente 24 horas por dia, assistem-no ininterruptamente, e, sem dúvida, na equipe de saúde, são as pessoas que estão mais próximas do cliente, e, por isso têm maior possibilidade de perceber e aliviar sua dor. Vivenciando a dor, o cliente atravessa um momento de necessidade que requer conforto. Para Paterson e Zderad (1979), a enfermeira proporcionará este conforto e alívio de forma humanizada, se perceber o significado do fenômeno de dor vivenciado pelo cliente, se ela intuitivamente se colocar no lugar dele para poder perceber e responder ao seu chamado, direcionando-o para o estar-melhor e o vir-a-ser mais (potencial humano). De acordo com Praeger (2000), a enfermagem trabalha com este alvo, e desta forma procura aumentar a possibilidade das pessoas fazerem suas escolhas responsáveis, pois é desta maneira que os seres humanos podem tornar-se pessoa e vir-a-ser-mais. Rossato e Ângelo (1999) enfatizam que uma assistência efetiva e eficiente vai além da

realização de procedimentos e da utilização de medicação, aponta um outro caminho em direção a uma assistência humanizada, a qual todos as pessoas têm direito.

A vivência da dor provoca alterações biológicas, psicológicas, sofrimento, incapacidade para o trabalho e para outras atividades sociais. Há prejuízo do sono, do trabalho, da movimentação e deambulação; ocorre alteração do humor, da capacidade de concentração, do relacionamento familiar, da atividade sexual e apreciação pessimista e desesperança da vida. É um fenômeno cuja etiologia e manifestação são multidimensionais, com base teórica advinda de várias ciências. Os aspectos biológicos, emocionais e culturais da experiência dolorosa justificam o uso de intervenções múltiplas, farmacológicas e não farmacológicas para o seu controle (PIMENTA et al, 1998, p.286).

No cotidiano hospitalar, observamos que o cliente no pós-operatório, quando vivencia a dor, em especial aquela de forte intensidade, tende a ficar no leito imóvel, calado, respirando superficialmente e experimentando um desconforto indesejável e inoportuno para um momento muitas vezes difícil. Esta vivência, além de aumentar a ansiedade do cliente e do familiar, o impossibilita de participar e realizar os exercícios respiratórios, a mudança de decúbito, a deambulação precoce entre outros. Desta forma, ele fica exposto a maior risco de ter complicações pulmonares, intestinais e circulatórias no pós-operatório. A enfermeira, interagindo com o cliente, percebendo intuitivamente e cientificamente esta vivência, poderá caminhar com o cliente para um estar-melhor e para um vir-a-ser.

Quando revisamos a literatura, observamos que há um grau de insatisfação dos clientes que referem dor no pós-operatório. Especialmente na Unidade de Clínica Ginecológica, onde atuei como enfermeira junto aos clientes cirúrgicos, percebia muitas vezes que estes clientes referiam dor durante longos períodos, principalmente à noite, sem serem atendidos na sua necessidade e no seu direito de não sentir dor. Em outras situações na prática, percebo um “olhar” para a experiência da dor do cliente desvinculado da sua multidimensionalidade, é como se a dor fizesse parte do contexto do pós-operatório e o cliente tivesse que naturalmente aceitá-la e vivenciá-la. Neste sentido, observo que os clientes vivenciam a dor sem ser adequadamente avaliados e reavaliados pelo médico e a enfermeira.

Paterson e Zderad (1979) abordam a interação enfermeira/cliente como uma transação intersubjetiva em direção ao bem-estar e o estar-melhor dentro de uma situação saúde/doença em um mundo de pessoas e coisas no tempo e no espaço. Reiteram que a enfermagem é um diálogo vivido entre a enfermeira e o cliente. Nesta interação, a enfermeira precisa deixar de lado suas percepções, crenças e se envolver com o cliente procurando conhecê-lo

intuitivamente, para depois fazer uma análise científica, a fim de chegar a uma visão ampliada da situação.

Acredito que o ser-doente-com-dor-no-mundo vivencia um momento ímpar permeado de antecipações e recordações que podem influenciar sua percepção da dor, ele evoca a interação com o ser-enfermeira-no-mundo na expectativa de receber um cuidado mais humanizado. A trajetória proposta nesta prática foi embasada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, pois acreditei que ela poderia me fornecer subsídios, dentro de sua abordagem existencial-fenomenológica para que, numa interação intersubjetiva, pudesse compartilhar a singularidade desta vivência me mantendo sensível à condição humana.

Desta forma, a partir de minha vivência diária ao longo de 19 anos de profissão e das leituras sobre o tema, percebi a necessidade de encontrar um caminho para poder estar com o cliente que vivencia a dor no pós-operatório e prestar um cuidado humanizado. Ousei percorrer esta trajetória baseada na Teoria Humanística de Paterson e Zderad, pela sua abordagem existencial, humanística e fenomenológica proporcionando um cuidado interativo, compartilhado e com o objetivo de proporcionar ao cliente o bem-estar e o estar-melhor, possibilitando um vir-a-ser-mais na situação saúde/doença em que se encontra. Assim sendo, este estudo procura responder à seguinte questão norteadora: **de que forma a equipe de enfermagem atua diante da dor do cliente cirúrgico?** Entendendo-se por atuação, todo o tipo de atenção dispensada ao cliente durante o período de sua hospitalização. Neste sentido, incluem-se, não somente os cuidados diretos manifestos pelas necessidades dos clientes, enquanto prescrição médica e de enfermagem, mas também àquele cuidado às necessidades subjetivas, ou seja, atenção, carinho, acreditar em suas queixas de dor, neste sentido a equipe de enfermagem não apenas faz-por mas está-com, fazendo-com o cliente.

1.3 O Objetivo

Nesta dissertação de mestrado apresento como objetivo:

- **Analisar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos clientes internados em uma Unidade Cirúrgica e que vivenciaram a dor, à luz da Teoria Humanística proposta por Paterson e Zderad.**

Acredito que a presente proposta de um cuidado humanizado, possa contribuir para que ocorram reflexões e mudanças de atuação, não apenas na assistência ao cliente que vivencia a dor no pós-operatório, mas a todos os outros clientes que necessitem de atenção e cuidados de enfermagem.

2. A REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O cliente cirúrgico

De acordo com Santos e Luis (1999), o enfrentamento de uma cirurgia envolve múltiplos agentes agressores geradores de altos níveis de tensão, que se iniciam com a internação hospitalar. Para Peniche e Chaves (2000), o enfrentamento representa os recursos que o indivíduo utilizará com o intuito de superar o problema ou reduzir a ansiedade, além disso, representa também uma tentativa do indivíduo de exercer algum controle sobre o ambiente que está inserido, procurando relacionar-se de forma mais adaptativa. Para Beyers e Dudas (1989), a hospitalização e a proximidade da cirurgia, geram um estresse que por sua vez tornam os clientes assustados, vulneráveis, inseguros e com medo.

Benedet (2002) relata que em sua experiência profissional percebeu que a ansiedade que o cliente cirúrgico vivencia é causada, principalmente, pelas dúvidas e incertezas acerca da cirurgia, somados ao enfrentamento de uma situação nova, fora de seu controle. Enfatiza a necessidade da enfermeira fornecer informações aos clientes no período pré-operatório, a fim de minimizar esta situação. Para ela, essas informações, além de diminuir o medo e a ansiedade, contribuem para uma melhor recuperação pós-operatória.

Num estudo sobre a experiência cirúrgica, McConnel 1987, (apud BENEDET, 2002) relata que além dos problemas como dor e desconforto relacionados à incisão cirúrgica e a presença de drenos e sondas, aparecem a alteração da imagem corporal relacionadas às mudanças estruturais e funcionais do corpo biológico, conseqüentes ao procedimento cirúrgico. Benedet (2002) acredita que este problema se manifesta através da ansiedade e tensão emocional que o cliente manifesta durante a internação, acrescenta que estas manifestações devem ser valorizadas e incluídas na assistência de enfermagem

Acredito que o ambiente hospitalar funcione como um estressor, à medida que, na maioria dos casos, separa o cliente dos familiares e amigos, acrescido de uma rotina rígida no

que tange aos cuidados de higiene e conforto, alimentação, cuidados de enfermagem prestados durante a noite bem como iluminação e ruídos excessivos que podem prejudicar o sono, entre outros. Além disso, o cliente cirúrgico enfrenta os medos da cirurgia, da morte, do sofrimento e da dor, fatores que somados vão contribuir para aumentar a percepção de dor deste cliente que vivencia uma cirurgia.

2.2 Uma breve história da dor

A interpretação das dimensões da dor variou de acordo com cada sociedade e o momento histórico. O limiar de dor varia de um indivíduo para o outro e também de acordo com a sua cultura, independentemente de suas bases anatômicas e fisiológicas. Nos textos da Mesopotâmia, nos papiros do Egito, em documentos da Pérsia e Grécia, é expressada a atenção para com as conseqüências deletérias da dor e medidas visando ao seu controle. A dor era considerada ataque à pessoa, punição ou atuação de demônios ou Deuses e eventualmente dos inimigos do homem. Nos primórdios, a medicina era exercida por sacerdotes que a serviço dos deuses, empregavam remédios naturais e acreditavam no efeito terapêutico das preces. Utilizavam feitiços e sacrifícios para proporcionar a imortalidade e a cura, desta forma os deuses lhes agradeciam proporcionando o alívio da dor. O conceito religioso de dor é fundamentado na medicina clássica de Hipócrates, “*divinustest opus sedare doloriem*” (sedar a dor é obra divina). As dores eram divididas em dores de causas internas e as de causas externas. Para as dores de causas internas, cujas razões lhes era impossível compreender, apelavam para forças divinas. Para o alívio das dores de causas externas como queimaduras e traumatismos, utilizavam rituais, plantas medicinais, manipulações físicas, aplicações de calor, imposição de mãos, toque de curandeiros e fricção, alguns destes procedimentos são utilizados até hoje (TEIXEIRA; OKADA, 2001).

De acordo com Drummond (2000), os estudos sobre a dor do ponto de vista da pesquisa, clínico, terapêutico e neurofisiológico, apresentam três marcos históricos revolucionários. Segundo ele, o primeiro surge com Bonica, no ano de 1953, em seu clássico tratado “The management of pain”, nos faz perceber a dor como uma afecção e não apenas como um sintoma. Disso resultou a necessidade de estudos mais aprofundados e a exigência de especialização, por mais interdisciplinar que fosse o enfoque diagnóstico e terapêutico. Nasceram, com isso, as clínicas de dor. A segunda fase surgiu, em 1965, com a elaboração da

Teoria do Portão, também denominada Teoria da Comporta ou da Porta, descrita por Melzack e Wall . Esta Teoria, de acordo com Wright (1989), indica que os pensamentos, as experiências passadas e as emoções influenciam a percepção e a resposta à dor, estabelecendo, assim, que a vivência da dor envolve mente e corpo. Nesta segunda fase, os trabalhos de Reynolds em 1967, foram relevantes, pois conduziram à identificação dos opióides endógenos. A terceira etapa, em 1980, é assinalada pelos trabalhos pioneiros de Woolf e Wall apontando para alterações funcionais e tróficas no Sistema Nervoso Central desencadeadas por estímulos nociceptivos. Decorreram destas investigações, a necessidade de tratamento imediato e eficaz da dor aguda para evitar a sua cronicidade ou ainda oportunizar a profilaxia, como é o caso da dor pós-operatória (DRUMMOND, 2000)

Para Bernardo (2000), a necessidade de proporcionar o alívio da dor, do estresse e do desconforto aos clientes, é uma constante na vida da equipe de enfermagem. Conforme a conceituamos anteriormente, lembramos que é uma vivência subjetiva e multidimensional. Pereira e Zago (1998, p.145) reforçam esta idéia quando afirmam que “ao cuidar de um cliente cirúrgico que refere dor, é essencial que a enfermeira adote o ponto de vista do cliente em relação a ela.” Segundo Smeltzer e Bare, 1993 (apud PEREIRA; ZAGO, 1998, p.145), “é de fundamental importância no cuidado do cliente com dor, acreditar que toda dor é real.” Em consonância com os autores, percebo que ao dar crédito às queixas de dor dos clientes procurando aliviar sua dor, a interação enfermeira/cliente se inicia, o cliente ao perceber que poderá ser ajudado, fica menos ansioso, mais esperançoso, menos estressado, o que contribui para diminuir sua percepção da dor.

Salientamos que nesta prática abordaremos a dor aguda, que apresenta diferenças da dor crônica. A dor aguda é relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, havendo a expectativa de que ela desapareça após a cura. O cliente que refere dor aguda, pode manifestar sinais fisiológicos e comportamentais, os primeiros, são acompanhados de sinais físicos objetivos, incluindo respostas do sistema nervoso autônomo simpático como: taquicardia, hipertensão, taquipnéia, palidez, sudorese e outros. As respostas comportamentais incluem alterações músculo-esqueléticas como: cerrar os punhos, fazer caretas, contorcer-se, andar a passos largos, amparar a parte afetada e reações físicas, como a verbalização do sofrimento e pedido de ajuda, expressões de raiva e de gritos. O cliente pode também, parecer ansioso, apreensivo e assustado (THELAN et al, 1996; PIMENTA, 1998).

2.3 Mecanismos neurofisiológicos da dor

Na década de 60, Melzack e Wall propuseram a Teoria do Controle da Porta ou da Comporta para explicar a dor. Esta Teoria não apenas propõe que a dor seja um fenômeno neurofisiológico baseado na transmissão de um estímulo que produz sensação dolorosa, como também indica que os pensamentos, as experiências passadas e as emoções influenciam a percepção e a resposta à dor, estabelecendo, assim, que a vivência da dor envolve mente e corpo (WRIGHT, 1989). Acredito ter sido uma descoberta crucial para o entendimento da dor nas suas múltiplas dimensões e não somente na dimensão desenvolvida por Descartes no século XVII com sua teoria da especificidade, onde se acreditava que a intensidade da dor era proporcional ao tamanho ou tipo de lesão ou agressão ao tecido (McCORMACK 1995).

As principais contribuições que essa Teoria do Controle da Porta nos trouxe foram: um modelo conceitual integrado para análise dos inúmeros fatores que contribuem para as diferenças individuais na vivência da dor e a conceituação de categorias de atividades que podem formar uma base teórica para desenvolvimento de diversas medidas destinadas a minorar a dor.

Segundo a Teoria do Controle da Porta, a transmissão do impulso doloroso até o nível da consciência pode ser afetada por um mecanismo de porta ao nível da medula espinhal, denominada substância gelatinosa *S.G*, permitindo ou impedindo a transmissão do impulso doloroso. Se a porta está aberta, os impulsos obtêm acesso às células de transmissão *T*, a seguir sobem pela medula espinhal até o cérebro onde a dor é percebida. Se a porta estiver fechada, a transmissão do impulso doloroso às células *T* e ao cérebro será bloqueada e o cliente não perceberá a dor, ou a perceberá em menor intensidade (WRIGHT, 1989).

A atividade que envolve três áreas específicas dentro do sistema nervoso influencia a abertura e o fechamento da porta. São elas: *as pequenas e grandes fibras nervosas da medula espinhal, o tronco cerebral, o córtex cerebral e o tálamo*. As *fibras nervosas de pequeno diâmetro* são responsáveis pela transmissão dos sinais de dor à medula espinhal e através da porta aberta, ao cérebro. Quando ativamos *as fibras nervosas de diâmetro grande*, que estão localizadas na superfície da pele, através de fricção ou aplicação de calor, por exemplo, promovemos um estímulo inibidor que resultará no fechamento da porta, bloqueando ou diminuindo a transmissão dos impulsos dolorosos ao cérebro. No *tronco cerebral*, em sua parte central, encontram-se as fibras de células nervosas que constituem a formação reticular.

Esta área controla o afluxo de impulsos sensoriais e sensitivos. Se através de técnicas de distração se percebe um aporte sensitivo suficiente, o *tronco cerebral* envia impulsos que promovem o fechamento da porta e bloqueiam a sensação dolorosa., em contrapartida, a monotonia e os estímulos sensoriais mínimos, facilitam a abertura da porta, permitindo a percepção da dor. Outros fatores que proporcionam o fechamento ou abertura da porta são os pensamentos, as emoções e as lembranças, processados no *córtex cerebral* e no *tálamo*. Desta forma, experiências negativas no passado e temores relacionadas à vivência da dor podem facilitar a abertura da porta permitindo a percepção da dor, no entanto, medidas que reduzam a ansiedade, mediante informações, orientações e uma relação positiva da equipe de saúde com o cliente, podem resultar em sinais inibidores provenientes do *córtex cerebral e do tálamo*, proporcionando o fechamento da porta e conseqüente alívio da dor (WRIGHT, 1989).

Neste sentido, algumas atividades propostas aos clientes podem contribuir para o fechamento da porta, como, por exemplo: estimulação da pele através de massagens ou aplicação de calor e frio, distração ou imaginação orientada durante um procedimento que possa ser doloroso, proporcionará um input sensitivo que chega ao *tronco cerebral* desencadeando um impulso inibitório para o fechamento da porta. Da mesma forma, a redução da ansiedade mediante orientações ao cliente, pode desencadear impulsos inibitórios oriundos do córtex cerebral, para o fechamento da porta. Um estudo com 69 clientes submetidos à cirurgia de vesícula biliar, demonstra que os clientes cuja janela do quarto se abria para um parque arborizado, consumiram duas vezes menos analgésicos em relação àqueles cuja janela se abria para um muro de tijolos. Este último grupo, permaneceu, além disso, um dia a mais hospitalizado (ULRICH, 1984, apud GUERCI; CONSIGLIERE, 1999, p.67). Em outro estudo, Barber e Hahn, 1962, (apud GUERCI; CONSIGLIERE, 1999,), testaram as diferentes respostas à dor. Num experimento, com dois grupos de pessoas que tiveram suas mãos colocadas em um recipiente com água gelada, sugeriram que o primeiro grupo imaginasse situações agradáveis e o segundo grupo, situações desagradáveis. No primeiro caso, os indivíduos apresentaram maior resistência à dor, enquanto que no segundo caso, associado ao aumento da dor, apareceram sinais como taquicardia, tensão muscular e ansiedade. Estes estudos assinalam a importância e o efeito da distração nas respostas dos clientes à dor.

Acredito, que, baseada nesta teoria, a enfermeira poderá traçar planos de cuidados não farmacológicos, que poderão contribuir para o alívio da dor dos clientes, abrindo, com isto, um leque de possibilidades para a sua atuação.

2.4 Influências Psicossociais na percepção dolorosa

A percepção da dor, está relacionada a fatores externos e internos ao indivíduo, e pode ser modificada tanto em qualidade como em quantidade em função destes fatores. Segundo Galvão, 1973 (apud SANTOS; LUIS, 1999), as reações humanas frente a mudanças ocorridas interna ou externamente, manifestam-se de diferentes maneiras nas pessoas, de acordo com um psicodinamismo próprio, resultante de componentes hereditários e do seu desenvolvimento decorrente da interação com o meio sócio cultural. Por este motivo, as reações de cada indivíduo às ameaças e à doença são variáveis de acordo com seu modo de sentir. Em consonância com este autor, Thelan et al (1996) afirmam que fatores sociais e ambientais, como a interação do indivíduo com seus familiares e amigos, estresse e sobrecarga ou privação sensorial, o seu passado cultural, bem como as suas crenças e experiências passadas influenciam a percepção da dor. Portanto, a situação em que a dor ocorre, também é significativa. De acordo com Pereira e Zago (1998), não podemos considerar a percepção da dor simplesmente como resposta a um tipo particular de estímulo, devemos levar em conta que a dor é uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural, do significado da situação em que ela ocorre e de outros fatores individuais, neste sentido, múltiplos fatores determinam a experiência dolorosa. Estas autoras acrescentam que as atitudes e as expectativas dos clientes, em relação ao tratamento e ao atendimento que receberão dos profissionais de saúde, podem influenciar a intensidade da dor, o que explicaria o modo de ação do placebo.¹

A maioria das dores corporais é uma combinação de eventos mentais e estímulos físicos. As pessoas podem sentir níveis de dores diferentes, em resposta à mesma ferida ou agressão. As diferenças fisiológicas, como os níveis de endorfina ajudam a explicar o fenômeno em parte. A tolerância à dor difere de um indivíduo para outro, e pode variar no mesmo cliente em situações diferentes. Fatores pessoais como o seu conhecimento da dor, o

¹ Forma farmacêutica sem atividade, cujo aspecto é idêntico ao de outra farmacologicamente ativa (FERREIRA, 1993)

seu significado e a sua causa, a sua capacidade de controlá-la, o seu nível de estresse, bem como os seus níveis de energia e fadiga, influenciam a tolerância à dor (THELAN et al,1996).

2.5 A Avaliação da dor no pós-operatório

De acordo com Pereira e Souza (1998b), a mensuração da dor no pós-operatório constitui-se num desafio aos pesquisadores na área, considerando-se a subjetividade, a complexidade e a multidimensionalidade da experiência dolorosa.

Para Bernardo (2000), o sucesso do tratamento da dor aguda, depende de uma avaliação acurada desta experiência. Para ela, a equipe de enfermagem encontra-se em posição de destaque para desempenhar tal tarefa, não sendo esta fácil, devido à abrangência de situações dolorosas. Segundo esta autora, o efeito residual da anestesia, o nível de consciência, a dificuldade de comunicação devido à confusão mental ou à presença de dispositivos como tubos endotraqueais que impedem a comunicação das queixas de dor,

podem prejudicar a avaliação do cliente em pós-operatório. Sugere, para diminuir tais dificuldades que: a enfermeira dê especial atenção aos clientes com dificuldade de comunicação; fique atenta a uma dor súbita, acompanhada de alterações dos sinais vitais e estimule a participação da família no processo de avaliação de dor valorizando e recebendo suas informações.

Pimenta (1994) ressalta que para uma boa avaliação e para o manejo adequado da dor é fundamental acreditar nas queixas de dor e reconhecer os efeitos negativos que a dor pode ter sobre o cliente e sua família. Ela enfatiza que a avaliação deve ser sistemática, continuada e ser registrada de forma detalhada para que se possa compreender a dor, implementando medidas analgésicas e avaliando a eficácia do tratamento. Na avaliação inicial, deve-se colher a história da queixa da dor atual, como data de início, localização, características, fatores que melhoram ou pioram a dor, qualidade, intensidade, periodicidade e duração dos episódios dolorosos, bem como, outros sintomas associados, sendo todos estes dados valiosos para implementação do plano terapêutico. Sabendo-se que múltiplos fatores influenciam a percepção e resposta à dor, é importante conhecer o significado da dor para o cliente e o impacto que ela provoca nas suas atividades diárias como: sono, repouso, alimentação, movimentação, atividade física, autocuidado, vida afetiva, e as repercussões sobre o trabalho.

Acredito que avaliar os clientes que vivenciam a dor no pós-operatório implica, também, em conhecer as expectativas do cliente com relação à cirurgia, no que tange ao pré, trans e pós-operatório pois a falta de conhecimento pode gerar graus de tensão no cliente e familiar que poderiam aumentar sua percepção dolorosa.

Os trabalhos de Beymer (1995) apresentam resultados de estudos sugerindo que as percepções das enfermeiras quanto à dor, não coincidiam com as percepções dos clientes, resultando num aumento de sofrimento; que muitas enfermeiras intervêm com o objetivo de reduzir a dor e não eliminá-la; que as enfermeiras tendem a interferir em maior grau sobre os aspectos psicológicos do que os físicos; que há insatisfação dos clientes com relação às ações de controle da dor pelas enfermeiras. Em pesquisa realizada com 119 clientes de cirurgia abdominal, Zalon (1993) constatou que a maioria das enfermeiras subestimou a dor de seus clientes. Elas subestimaram a dor mais intensa e superestimaram a dor mais leve. As enfermeiras documentam consideravelmente, menos informações sobre a dor do que as descritas pelos clientes e as considerações sobre a avaliação da dor não constam nos prontuários dos clientes terminais. Também, em concordância com este fato, Pereira e Souza (1998a) observaram que as enfermeiras não consideram o fenômeno da dor em todos os seus aspectos nas situações cirúrgicas.

Para Bernardo (2000), algumas atitudes da enfermeira no pré-operatório poderão minimizar a dor do cliente no pós-operatório. São exemplos: orientar os clientes no período pré-operatório com relação aos métodos de controle da dor; enfatizar a importância do relato verbal para comunicar a queixa de dor, bem como selecionar e treinar um instrumento de avaliação e mensuração de dor; oportunizar ao cliente a expressão de suas experiências passadas com dor e desenvolver com ele um plano para avaliação e manejo da dor. Neste sentido, a autora enfatiza pontos relevantes que podem contribuir para minimizar a ansiedade e o medo, bem como manter uma relação horizontal com o cliente e a família, valorizando e acreditando em suas queixas, dando-lhe oportunidade de escolher a forma de ser cuidado no pós-operatório.

Diversos trabalhos apontam outros fatores que desempenham papel importante no processo de avaliação da dor aguda. Musgrave, 1990 (apud, BERNARDO, 2000), em um trabalho, aponta fatores como: o tipo de cirurgia e anestesia, a personalidade do cliente bem como a sua idade. Para ele, os clientes mais ansiosos experimentam dor de maior intensidade

e os idosos tendem a solicitar menor quantidade de analgésicos nos três primeiros dias de pós-operatório, necessitando de maior quantidade de analgésicos na convalescença.

Nas últimas décadas, houve avanços referentes à elaboração de instrumentos que facilitam a comunicação entre os clientes e os profissionais da área de saúde, auxiliando na avaliação da dor. Estes instrumentos podem ser unidimensionais ou multidimensionais. Dentre os mais utilizados, sobressaem aqueles que consideram o relato subjetivo do cliente como principal indicativo de sua dor, o que, certamente, deve-se à subjetividade desta experiência, que só pode ser avaliada com precisão, mediante o relato de quem a sente. Os instrumentos unidimensionais prevaleceram até a década de 60, pois a experiência dolorosa era vista como resultado da ativação direta de um sistema de projeção que ia da periferia até o córtex cerebral, dependendo somente de um único fator, a extensão da área lesada. Estas escalas unidimensionais mensuram a intensidade da dor e conseqüente alívio obtido pelo emprego de diferentes analgésicos ou técnicas não-invasivas. Podemos destacar: as escalas numéricas graduadas de 0 a 10, nas quais o 0 significa nenhuma dor, e o 10 significa maior dor imaginável; as escalas verbais onde são utilizados adjetivos como: dor leve, moderada, forte e severa; as escalas analógicas visuais (EVA), que consistem em uma linha reta com indicação de “sem dor” e “pior dor imaginável.” Desta forma, há a possibilidade do cliente expressar visualmente apenas a intensidade de sua dor, numa dimensão tomada como padrão (PEREIRA; SOUSA,1998a; PIMENTA,1994)). Conforme alguns estudos feitos, constataram que a utilização destas escalas para mensuração da dor no pós-operatório tem possibilitado conhecer a intensidade da dor e conseqüente alívio obtido pela utilização de analgésicos, porém assinalaram que um inconveniente era o de simplificar demasiadamente a experiência dolorosa. (PEREIRA; SOUSA,1998a). Conforme Bernardo (2000), a equipe de enfermagem deve optar por aqueles instrumentos já validados e viáveis para toda a equipe, bem como observar para que sejam apropriados ao nível de desenvolvimento dos clientes, estando de acordo com a sua capacidade cognitiva, seu estado físico e emocional. No hospital, onde desenvolvi este estudo, observei que não há a utilização de instrumentos de avaliação de dor.

Mediante a nova concepção sobre os mecanismos envolvidos na percepção e resposta à dor, proposta pela Teoria da Porta, foram criados instrumentos multidimensionais para a mensuração da dor. Na década de 70, Melzack e Torgerson (1971) apontaram as diferentes dimensões da dor: *sensitivo-discriminativa* referente às características espaciais de pressão, tensão, térmicas e de vivacidade da dor; *afetivo-motivacional*, que traduz por sentimentos de cansaço, de medo, de punição e reações autonômicas; *avaliativa*, que se refere à situação

como um todo, vivenciada pelo indivíduo. Considerando a dor como um fenômeno multidimensional, investigaram sua descrição através de palavras denominadas *descritores de dor*.

Melzack, em 1975, publicou um trabalho no qual foi elaborado um instrumento para mensurar a dor com um enfoque multidimensional, intitulado Questionário para a Dor McGill (MPQ), sendo este instrumento o mais utilizado para a avaliação da dor aguda. (PEREIRA; SOUZA, 1998b).

Wright (1989) assinala algumas atitudes das enfermeiras que podem prejudicar a avaliação da dor dos clientes. São elas: os conhecimentos insuficientes relacionados ao assunto; não dar crédito à queixa de dor do cliente; não levar em conta a subjetividade da dor; não conhecer as diferenças nas respostas do organismo às dores agudas e crônicas; não entender que a tolerância à dor é peculiar a cada cliente na sua maneira de perceber a dor e reagir a ela. Em consonância com esta autora, observo no cotidiano hospitalar, que, com frequência, estas atitudes são manifestadas tanto pela equipe de enfermagem, como pela equipe médica.

Pimenta (1998) acrescenta que se deve investigar o conhecimento que o cliente e familiar têm sobre a dor, sua doença e tratamento, que expectativas, medos e fantasias possuem, sendo importante a atuação da enfermeira no sentido de esclarecer conceitos errôneos pois estes podem contribuir para manter o quadro álgico e inadequado manejo da dor.

Acredito que, para um efetivo manejo da dor, a equipe de saúde deva estar instrumentalizada com conhecimentos científicos relacionados ao processo de dor e sensibilizada para que possa compreender esta vivência nas suas múltiplas facetas, isto, indubitavelmente, se constituiria num avanço em direção à humanização.

2.6 As diferentes formas de tratamento da dor

A Teoria da Porta propiciou uma melhor compreensão dos numerosos fatores envolvidos e que contribuem para a percepção e resposta à dor. O conhecimento das múltiplas influências exercidas sobre as células de transmissão (*T*) do sistema nervoso central, tem

implicações terapêuticas importantes. No que concerne ao tratamento da dor, a combinação de vários métodos terapêuticos é, em geral, mais eficaz do que quando utilizamos um método de cada vez isoladamente (MELZACK; WALL, 1982).

Bernardo (2000) reconhece que nos últimos anos tivemos avanços importantes com relação à compreensão dos mecanismos dolorosos e o seu controle, entretanto, a falta de conhecimento e o medo excessivo dos profissionais da saúde acerca dos analgésicos constituem uma barreira para o tratamento de todos os tipos de dores, principalmente a dor pós-operatória. Lupinacci e Guatelli (1994) acreditam que o manejo da dor no pós-operatório é insatisfatório, pois estudos mostram que cerca de 40% dos clientes que recebem a terapêutica convencional referem dor de intensidade moderada a forte.

Pimenta et al (1998) relatam que as razões do não controle da dor aguda e da dor crônica são diversas. Apontam a falta de informação da comunidade e entre os profissionais encarregados da assistência à saúde como as principais entre as múltiplas causas do insatisfatório alívio das queixas algicas, especialmente as crônicas. O medo exagerado da dependência psíquica e de outros efeitos colaterais dos analgésicos morfínicos também tem contribuído para o inadequado alívio da dor nos clientes em geral, especialmente os idosos e oncológicos. O risco do desenvolvimento da dependência psíquica ou adição na utilização de morfina tem sido pequeno em clientes não usuários de drogas. Schoeller (s.d) reforça que vários estudos demonstram que a adição é rara. Numa pesquisa realizada com 12.000 clientes que receberam opióides, somente quatro manifestaram situações de dependência bem documentadas.

A dor pós-operatória pode ser aliviada parcial ou totalmente através da utilização de vários métodos, tais como: analgésicos por via sistêmica, opióides por via espinhal, analgesia regional com anestésicos locais, estimulação elétrica transcutânea (TENS), acupuntura, hipnose, auto-relaxamento, musicoterapia e outras drogas como tranquilizantes e antidepressivos.

A acupuntura é um método terapêutico utilizado no oriente há 5000 anos. A palavra acupuntura origina-se do latim *acus* que significa agulha e *punctura* que significa puncionar, se refere à inserção de agulhas através da pele nos tecidos subjacentes em pontos estratégicos do corpo para produzir os efeitos desejados. Já foram descritos 1000 pontos de acupuntura. No ocidente, ela ganhou credibilidade, principalmente por seu efeito no alívio da dor, sendo

esta uma das razões para a ênfase atual da pesquisa no estudo dos mecanismos analgésicos da acupuntura. O foco de atenção tem sido o papel dos opióides endógenos neste mecanismo. Observou-se um aumento de concentração de endorfinas e de serotonina no líquido céfalo raquidiano de clientes submetidos à acupuntura.

Com relação ao tratamento medicamentoso, enfatiza o uso de drogas pela via endovenosa, a intervalos regulares e não aplicadas quando necessário, principalmente quando se tratar de opióide, pois este, ao ser administrado irregularmente, tem sua eficácia comprometida devido às variações nas concentrações plasmáticas (DRUMMOND, 2000). Wright (1989), em consonância com Drummond (2000), acrescenta que as medicações analgésicas em horários regulares evitam que a dor se torne severa, além de eliminarem a lembrança da dor e a angustiante expectativa do seu retorno. Refere que o enfermeiro deve orientar os clientes a solicitarem a medicação antes que a dor se torne muito intensa, quando isto ocorre, muitas vezes torna-se necessária uma dose mais elevada de analgésico para o seu alívio.

Novamente nos reportamos à Teoria da Porta, e podemos compreender como a aplicação destes conhecimentos pode ajudar a equipe de enfermagem no tratamento da dor. As atividades que envolvam massagens, aplicação de calor e frio, vão estimular as fibras nervosas de grande calibre na pele, promovendo um estímulo inibitório para o fechamento da porta. De outra forma, quando distraímos os clientes, por exemplo, com uma televisão, uma música, imaginação orientada, uma conversa ao realizarmos uma técnica que provoque dor, proporcionamos um impulso inibitório oriundo do tronco cerebral que promove o fechamento da porta. Uma outra atividade que proporciona impulsos inibitórios provenientes do córtex cerebral e tálamo se dá quando através da orientação aos clientes diminuimos sua ansiedade (WRIGTH, 1989). Acrescento que a interação enfermeira/cliente contribui para proporcionar segurança aos clientes e conseqüente diminuição da ansiedade. O cliente que recebe da enfermeira e equipe de enfermagem mais carinho, atenção e percebe que pode contar com a equipe se mostra menos ansioso, conseqüentemente tem uma real possibilidade de vivenciar menos dor.

A equipe de enfermagem, por estar com o cliente 24 horas, pode interagir mais freqüentemente com o mesmo, ampliando suas possibilidades de avaliá-lo, podendo, neste sentido, recomendar modificações nas prescrições de analgésicos de acordo com a necessidade de cada cliente e promover terapias alternativas para o alívio da dor. Sabendo-se

que o tratamento farmacológico engloba um amplo arsenal de medicamentos de potências diversas e de diferentes mecanismos de ação é importante que a enfermeira tenha um conhecimento farmacológico para entender as interações entre as drogas e os benefícios para os clientes, bem como, observar seus possíveis efeitos colaterais. A enfermeira precisa estar ciente dos processos que envolvem o estímulo, a percepção e a resposta à dor, assim como, do seu caráter subjetivo, as diversas maneiras de avaliá-la e as diferentes formas de tratamento, farmacológico e não-farmacológico. Acredito, que somente desta forma poderá ocupar o seu lugar no tratamento aos clientes que vivenciam a dor. Cuidar de forma humanizada do cliente com dor no pós-operatório requer ainda da enfermeira uma presença genuína. Neste **estar-com** e **fazer-com**, procurando compreender o significado e a multidimensionalidade da vivência da dor, poderá proporcionar maior conforto e bem-estar aos clientes.

3. O REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. A Teoria Humanística de Paterson e Zderad

3.1.1 Paterson e Zderad – Um Breve Histórico

Segundo Praeger (2000), o livro de Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad foi publicado em 1976 e re-publicado em 1988. Josephine Paterson aposentou-se em 1985 como especialista em enfermagem clínica no Northport Veterans Administration Medical Center, em Northport, New York. Ela formou-se no Lenox Hill Hospital e na St John's University; concluiu seu mestrado na John Hopkins School of Hygiene and Public Health em Maryland. Seu doutorado em Ciência da Enfermagem é da Boston University School of Nursing, Boston, Massachusetts, onde se especializou em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. Atuou no corpo docente da State University de New York, em Stonybrook.

Ainda, segundo Praeger (2000), Loretta T. Zderad aposentou-se em 1985 como Associate Chief for Nursing Education, no Northport Veterans Administration Medical Center, Northport, New York. Formada pela St Bernard's Hospital School of Nursing e pela Loyola University. Concluiu seu mestrado em Ciência pela Catholic University, Washington DC. Atuou no corpo docente da State University of New York em Stonybrook. As autoras desenvolveram no Veterans Administrations Hospital - V.A.H. de Northport, um curso de Enfermagem Humanística para as enfermeiras deste hospital, com duração de 9 meses.

Paterson e Zderad, a partir de sua prática como enfermeiras clínicas, vivenciando situações de ensino e reflexão com doentes psiquiátricos, estudantes e outros profissionais, apresentavam uma insatisfação com a habilidade da ciência positivista de reduzir os fenômenos por elas considerados importantes. Assim, a Teoria da Prática da Enfermagem Humanística propõe que as enfermeiras abordem a enfermagem consciente e deliberadamente como uma experiência existencial (PATERSON; ZDERAD, 1979).

As autoras descrevem sua Teoria como uma Teoria de Prática de Enfermagem Humanística, pois acreditam que a teoria da Ciência da Enfermagem desenvolve-se a partir das vivências da enfermeira e do cliente que recebe o cuidado. A teoria torna-se uma resposta à experiência fenomenológica. Esta orientação humanística tenta obter uma visão ampliada do potencial do ser humano, procurando compreendê-lo a partir do contexto de sua experiência de vida no mundo, sua experiência fenomenológica. Para elas, tanto a fenomenologia como o existencialismo valorizam a experiência vivida e a capacidade do homem de questionar, conhecer o novo, vir a ser (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Segundo Lauffrey e Brouse (1983), a enfermagem é uma transação intersubjetiva entre a enfermeira cuidadora e um paciente que necessita de cuidados. É uma resposta a um chamamento por ajuda com o objetivo de promover o bem-estar e o estar-melhor.

A prática da enfermagem humanística está vinculada ao pensamento existencial. Para Melleis (1985), o existencialismo considera o indivíduo como um ser único e a soma de todos os seus compromissos. Não pretende encontrar o porquê da experiência humana, mas descrevê-la como é. Enfatiza a liberdade de escolha do ser humano e a responsabilidade pelos seus atos. A filosofia existencial vê a existência humana como inexplicável; o homem existe mais carece de uma natureza fixa, estando sempre num estado de vir a ser.

A influência de existencialistas, psicólogos humanistas e fenomenologistas exercida sobre Paterson e Zderad pode ser vista em sua ênfase no significado da vida como é vivida, na natureza do diálogo e a importância do campo perceptivo. Acreditam que a enfermagem deve reconhecer suas próprias lutas e necessidades como parte do processo de vida, para simultaneamente reconhecer a importância das lutas e necessidades dos outros. Uma prática de enfermagem humanística pode ser alcançada quando a enfermeira interagir, compartilhar com o cliente, reconhecendo a experiência humana que é exclusiva a cada um de nós, porém pode ser compartilhada (PRAEGER, 2000). Segundo Paterson e Zderad (1979), a enfermeira é privilegiada por estar com pessoas que experimentam a diversidade do significado de ser humano desde o nascimento até a morte. A enfermeira tem a oportunidade de experimentar e buscar com os clientes o significado da vida, do sofrimento e da morte, neste processo, ela e o cliente tornam-se mais humanos.

Segundo Meleis (1985), a Teoria Humanística de Paterson e Zderad segue o paradigma da Escola de Interação, pois seu interesse está voltado para a enfermagem como

um processo de interação entre cliente e a enfermeira, buscando a integridade humana em oposição à mecanização e à desumanização.

Acredito que a escolha e a utilização da Teoria Humanística como norteadoras desta prática, não poderiam ter sido mais oportunas, pois me forneceram subsídios necessários para compreender a experiência vivenciada pelos clientes internados, quando referiram dor no pós-operatório, propiciando um cuidado mais humanizado.

3.2. Pressupostos Básicos da Teoria Humanística

A Teoria Humanística é baseada em algumas suposições implícitas, altamente abstratas, baseadas na interação enfermeira/cliente. Segundo Meleis (1985, p. 349), o nível de abstração não torna as proposições prontas para teste.

Praeger (2000) relata que a orientação humanística busca uma visão mais ampla do potencial dos seres humanos, assinala que ela não objetiva suplantar outras visões, mas, sim, suplementá-las. A enfermagem humanística ancora-se nas experiências fenomenológicas das pessoas, na análise da experiência humana, tendo suas raízes no pensamento existencial.

Meleis (1985) refere como pressuposições básicas implícitas:

- a enfermagem envolve dois seres humanos, que estão querendo entrar em um relacionamento existencial um com o outro;
- enfermeira e cliente são singulares, únicos enquanto pessoas e seres biopsicossociais totais, com o potencial de becoming (vir-a-ser) através da escolha e da intersubjetividade;
- enfermeira e cliente são mais que a soma total do passado, presente e futuro, e são influenciados pelo passado, presente e futuro;
- cada encontro com o outro ser humano é único e profundo, permeado de um grau de intimidade que humanisticamente influencia ambos;
- seres humanos são livres e esperam estar envolvidos com seu próprio cuidado e em decisões que os envolvam;

- todas as ações da enfermagem influenciam a qualidade de vida e morte de uma pessoa;
- enfermeiras e clientes coexistem, eles são independentes e interdependentes;
- a enfermeira tem que aceitar e acreditar no caos da existência como vivida e experimentada pelo ser humano, apesar das sombras que lança, interpretadas como controle, equilíbrio, ordem e prazer;
- os seres humanos têm uma força inata, que os move a conhecer seus próprios pontos de vista angular e o dos outros.

3.3 Meus Pressupostos

- o cliente é um ser único, cada qual vivencia a dor de forma subjetiva, sendo esta vivência influenciada por suas antecipações e recordações;
- as enfermeiras e equipe de enfermagem são os profissionais que estão 24 horas assistindo aos clientes, são as pessoas que têm a possibilidade de maior contato com os clientes, tendo com isto um papel preponderante no auxílio ao cliente que refere dor;
- a enfermeira quando proporciona um cuidado humanizado, interage intersubjetivamente com o cliente em direção ao ser-mais, ao estar-melhor;
- os clientes querem e podem estar-melhor no pós-operatório, para vivenciar este momento sem dor;
- os clientes não precisam obrigatoriamente vivenciar a dor no pós-operatório;
- após a prática, percebi que o cliente quer ser ajudado, quer o conforto tanto físico quanto psicológico, o cliente quer ser “olhado” científica e intuitivamente para poder estar-melhor.
- a enfermagem precisa ampliar seus conhecimentos sobre o fenômeno da dor para poder cuidar melhor.

3.4. Etapas do Método

A enfermagem fenomenológica proposta por Paterson e Zderad (1979) compreende um método para a compreensão e descrição das situações de enfermagem. Sua prática e teoria seriam incompletas sem uma metodologia. As autoras entendem que para haver um diálogo vivido, inicialmente a enfermeira precisa se auto-conhecer, possuir conhecimentos sobre Filosofia e Ciências Humanas. Ao interagir com o cliente, a enfermeira precisa deixar de lado suas crenças e tentar enxergar o mundo através dos olhos do cliente, procurando, neste sentido, conhecê-lo intuitivamente. Posteriormente, a enfermeira faz uma análise científica para chegar a uma visão ampliada da situação. A próxima etapa envolve o relato da experiência como uma verdade além da síntese do todo, tendo esta experiência significado para todos, enfermeira/cliente.

Este processo envolve cinco fases, descritas a seguir:

A - Preparação da enfermeira para vir a conhecer

Neste momento, a enfermeira se prepara para ser uma pessoa aberta às experiências, de modo a ampliar suas possibilidades de conhecimento da situação dos indivíduos na situação de enfermagem. Ela pode ampliar esta qualidade pelo estudo na área de humanidades. Meleis (1985) enfatiza que a enfermeira também poderá ampliar estes conhecimentos através da leitura de trabalhos literários que incluam reflexão, contemplação e discussão que estejam relacionados com o conhecimento e compreensão do ser. Tanto o auto-conhecimento, como o desenvolvimento da auto-percepção são importantes. No entendimento de Paterson e Zderad (1979) é necessário que a enfermeira seja capaz de vivenciar o outro subjetivamente, e, para isto, precisa possuir uma sensibilidade da condição humana, que é obtida através da literatura, artes, teatro, dentre outros, incluindo terapias de crescimento pessoal.

B – A enfermeira conhece o outro intuitivamente

Paterson e Zderad (1979) enfocam a prática da enfermagem, esta enfermagem fenomenológica, baseada na relação **EU-TU** descrita por Buber (1974). Nesta relação a enfermeira, para conhecer intuitivamente o outro e para imaginar o seu real potencial para o vir-a-ser, deverá ver o outro com singularidade, ver o mundo através dos olhos do outro, respondendo aos seus chamados com presença autêntica, sentindo, também com

autenticidade, a presença do outro. Nesta relação, **EU–TU**, sugerem que a enfermeira interaja com o cliente sem qualquer preconceito, tentando evitar expectativas, rótulos e julgamentos, objetivando aumentar sua capacidade de captar intuitivamente a situação de enfermagem e as nuances sutis envolvidas na interação humana.

Praeger (2000) acrescenta que conhecer o outro intuitivamente exige estar “dentro” do outro, no ritmo das experiências do outro. Presume uma abordagem fenomenológica de estar aberto ao significado da vivência do outro.

C - A enfermeira conhece o outro cientificamente

Nesta fase, a enfermeira unirá tudo que é conhecido intuitivamente da situação de enfermagem e irá comparar, refletir, considerar, analisar, olhar, separar, contrastar, interpretar, denominar e categorizar, isto é, buscando relação entre as partes. Paterson e Zderad (1979, p.79) afirmam: “ O desafio de comunicar uma realidade de enfermagem vivida demanda autenticidade do ser e um esforço rigoroso na seleção de palavras, de frases e de gramática precisa.”

D - A enfermeira sintetiza complementarmente outros conhecimentos

Nesta fase, a enfermeira fará comparação e relação das situações para aumentar a compreensão de enfermagem das pessoas. A enfermeira compara e sintetiza as múltiplas realidades conhecidas e chega a uma visão mais ampliada. A enfermeira usa, neste momento, a experiência pessoal e os fundamentos de educação e prática para poder colocar a situação clínica em perspectiva (PATERSON; ZDERAD, 1979).

E - A sucessão, no íntimo da enfermeira, dos vários ao único paradoxal

É o momento de abstração, onde a experiência é finalmente conceitualizada para considerar sua relação com outros conhecimentos e suas variações. Segundo Meleis (1985), este é o momento do desdobramento das múltiplas realidades para uma conclusão que inclui o todo, que incorpora as multiplicidades e contradições.

Para Praeger (2000), esta é a fase da visão articulada da experiência que se torna expressa em um todo coerente, é o momento de refinar o que foi captado intuitivamente, a

luta com as realidades conhecidas e a realização de um salto intuitivo para a verdade. Acrescentam que esta é a etapa em que se dá a conclusão mais ampla, que reflete a experiência do cliente e a compreensão da enfermeira, tendo esta conclusão um significado para todos.

4. A METODOLOGIA

O presente estudo se norteou pelos pressupostos da *pesquisa de campo convergente-assistencial* proposta por Trentini e Paim (1999). Esta pesquisa mantém uma estreita relação com a situação social e procura descobrir realidades, solucionar problemas, inovar, bem como, realizar mudanças na situação social, desta forma, se compromete a melhorar o contexto social. Este tipo de pesquisa articula a prática com o conhecimento teórico, visto que seus resultados são direcionados gradualmente durante o processo, para as situações práticas. Na pesquisa convergente assistencial, os temas para estudo emergem das necessidades do cotidiano. Na área da enfermagem inclui atividades de cuidado e assistência aos clientes.

4.1 O Cenário

Neste capítulo, descrevo a trajetória que percorri durante a coleta de dados que foi desenvolvida no Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina. O referido hospital é de ensino, possui 268 leitos, é administrado com recursos federais. Atende à clientela diversificada de Florianópolis e do interior do Estado. É um Hospital Geral e oferece atendimento a clientes que necessitem de clínica médica, cirurgia geral, clínica pediátrica, maternidade, emergência, unidade de terapia intensiva e ambulatórios. Possui duas Clínicas Cirúrgicas cada qual atendendo a distintas especialidades.

A coleta de dados foi realizada na Clínica Cirúrgica I (CCR I), que está localizada no 4º andar, próxima à Unidade de Terapia Intensiva e ao Centro Cirúrgico. Possui 30 leitos, sendo 14 leitos previamente destinados a clientes do sexo masculino e 14 leitos a clientes do sexo feminino. Possuem 2 leitos que ora são ocupados por clientes do sexo masculino, e, em outros momentos, por clientes do sexo feminino, de acordo com a demanda.

As especialidades desta Unidade são: Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial. Dentro deste contexto, os clientes internados nesta Unidade, são submetidos aos mais variados tipos de cirurgias, como: apendicectomias, colecistectomias, hérniorrafias, traqueostomias, gastrectomias, laringectomias e outros. A média de internação no primeiro semestre de 2001, foi de 7,75 dias. Foram realizadas, no mês de junho, 62 cirurgias, sendo que as mais freqüentes foram: colecistectomias (13), laparotomias exploradoras (10) e hérniorrafias (10).

Com relação à estrutura física, esta Unidade é composta por 12 quartos, sendo 3 com 4 leitos e 9 com dois leitos, uma sala de curativos, um posto de enfermagem, um expurgo, uma rouparia, uma sala para depósito de materiais, uma sala de chefia de enfermagem, uma sala para passagem de plantão, uma sala de lanche e um banheiro para os funcionários. A enfermaria é iluminada naturalmente e artificialmente. O sistema de ventilação é natural, existindo apenas um aparelho de ar condicionado na sala de curativos, que também é utilizada pelos acadêmicos de medicina e enfermagem, bem como pela equipe de enfermagem e equipe médica, para realizar as prescrições e evoluções dos clientes.

Quanto aos recursos humanos, a equipe de saúde é composta por enfermeiras, médicos, médicos residentes, assistente social e nutricionista. A equipe de enfermagem tem em seu quadro de pessoal 08 enfermeiras, 08 técnicos de enfermagem, 16 auxiliares de enfermagem e 01 auxiliar dos serviços de saúde. Atuando como escriturário, possui uma bolsista (aluna da UFSC).

As equipes dos turnos matutino e vespertino, são compostas por uma enfermeira e 4 ou 5 auxiliares/técnicos de enfermagem, com uma carga horária de 36 horas semanais. Nos dias de semana, a jornada de trabalho é de 6 horas. Nos finais de semana, a jornada é de 12 horas, sendo que, em geral, são feitos de 2 a 3 plantões por mês. Os funcionários do período noturno, trabalham em média 30 horas semanais, realizando um plantão de 12 horas, seguido de 60 horas de folga. As equipes do período noturno são compostas por uma enfermeira e 3 auxiliares/técnicos de enfermagem. A bolsista (escriturária) trabalha diariamente durante 4 horas, portanto, nos períodos em que o setor fica desprovido desta escriturária, cabe à enfermeira e aos outros membros da equipe de enfermagem fazerem as suas atividades.

No período diurno, as equipes realizam cuidados integrais aos clientes, ou seja, cada auxiliar/técnico de enfermagem se responsabiliza por alguns clientes, que, em média, são em

número de 7 por turno de trabalho, e prestam toda a assistência a estes clientes. A enfermeira preenche uma escala de trabalho diária, na qual consta o número de clientes que ficarão sob a responsabilidade de cada auxiliar/técnico de enfermagem para a realização de todos os cuidados.

No período noturno, devido ao número menor de funcionários, estes realizam cuidados funcionais, ou seja, um técnico/auxiliar se responsabiliza pelos cuidados de higiene, conforto e verificação de sinais vitais de todos os clientes; outro auxiliar/técnico de enfermagem se responsabiliza pela medicação e fluidoterapia e os demais cuidados que forem necessários. Desta forma, vários funcionários prestam cuidados a um cliente, ou seja: um funcionário faz a medicação, o outro faz o curativo, um terceiro faz a mudança de decúbito, e, assim, sucessivamente. Neste sentido, acredito que o cuidado prestado por vários funcionários a um único cliente desfavoreça a interação e a visão do todo.

Por ser um hospital escola, recebe alunos de vários cursos como: enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, serviço social e outros, temos, portanto, neste local de trabalho, além do quadro de funcionários, uma população flutuante de estudantes que atuam prestando assistência aos clientes ali internados.

O modelo assistencial utilizado neste setor, e, em todo o hospital, é uma adaptação da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, juntamente com uma sistemática de registros de enfermagem baseados no método Weed (prontuário orientado para os problemas).

4.2 Entrando na Unidade

Inicialmente, conversei de maneira informal com a enfermeira chefe da CCR I, manifestando a minha intenção de desenvolver a coleta de dados naquele setor. Percebi que a idéia foi bem aceita, pois a enfermeira mostrou-se lisonjeada diante da solicitação. Conversou comigo, relatando que outra mestrandade fará o seu trabalho na Unidade, mas acredita que não haverá problemas. A impressão que tive, neste primeiro encontro, foi de abertura e de satisfação por termos escolhido a CCR I para realizarmos o nosso trabalho. Após este primeiro contato, perguntei se poderia participar de uma reunião com as enfermeiras do setor para expor como pretendia desenvolver o trabalho, bem como os meus objetivos. Ela

concordou com entusiasmo, e me comunicou a data da reunião. No dia da reunião, estavam presentes as enfermeiras do setor, a Chefia da Unidade, a Chefia de Divisão de Enfermagem Cirúrgica e a Diretora de Enfermagem do H.U. Apresentei o trabalho e os objetivos do mesmo, e ficou determinado que os dados seriam coletados durante o mês de junho. As enfermeiras ouviram com atenção, ninguém manifestou opinião ou fez algum questionamento, mas senti receptividade do grupo. Esta receptividade se manifestou posteriormente, quando me ajudavam na seleção dos clientes que iriam participar da prática ou quando me informavam sobre os clientes, mesmo sem eu perguntar.

Concomitantemente, encaminhei o projeto para a Comissão de Ética do Hospital e após sua apreciação e aprovação (anexo 1), iniciei o desenvolvimento do estudo.

4.3 Apresentando os Clientes

Os sujeitos que participaram do estudo se dividem em duas categorias:

A primeira inclui os clientes que participaram do estudo, na etapa de **implementação do cuidado humanizado** foram denominados com o nome de flores: **Violeta, Tulipa e Cravo**, preservando assim suas identidades, conforme os preceitos éticos. Os clientes foram selecionados aleatoriamente nos dias que antecederam as cirurgias, no período de pré-operatório imediato. Utilizei como critério iniciar o acompanhamento dos mesmos, até o quarto dia da semana, para que eu pudesse acompanhá-los pelo menos dois dias no pós-operatório.

Primeiramente, me encontrei com **Violeta**. Ela estava internada no H.U desde 07/06/01, e era sua primeira internação. É natural e residente em Jaborá, S.C. Ela ficou todo o período de internação sozinha, sem acompanhante. Tem 43 anos, é separada, têm 1 filho de 18 anos, trabalha como empregada doméstica. Foi submetida a uma cirurgia de colecistectomia em 11/06/01, e seu diagnóstico médico era de colecistite e colelitíase, juntamente com uma suspeita de tumor de colédoco. Acompanhei-a no dia da cirurgia e até o terceiro dia de pós-operatório, porém, como ela ainda permaneceu internada durante todos os dias da minha prática, me encontrava com ela diariamente. **Violeta** demonstrou muita alegria e gratidão por ter sido cuidada por mim. Vivenciou dores intensas no abdome na região epigástrica e no hipocôndrio direito, 20 dias antes da internação No hospital, recebeu analgésicos e referiu

estar bem melhor. Salientou que nunca sentiu tanta dor na vida. **Violeta** passou bem durante a cirurgia, porém teve várias intercorrências no pós-operatório, como períodos de dor abdominal e taquicardia supra ventricular, necessitando, em certa ocasião, fazer uma cardioversão elétrica. Recebeu alta por volta do décimo quarto dia de pós-operatório.

A segunda cliente foi **Tulipa** que se internou no hospital em 09/06/01, ela tem 47 anos, trabalha somente em casa, nasceu em Armazém e reside em Palhoça. Tem 4 filhos, é casada e mora com o marido, uma filha de 7 anos e uma neta de 15 anos. No hospital, uma filha a acompanhou até o segundo dia de pós-operatório. Demonstrava estar segura com a companhia da filha e por saber que eu iria cuidar dela. Fez uma colecistectomia em 12/06/01, seu diagnóstico médico era de colelitíase e colecistite aguda. É também hipertensa. Acompanhei e cuidei de **Tulipa** no pré-operatório imediato até o terceiro dia de pós-operatório. **Tulipa** me relata que vivenciou, antes de vir para o H.U, uma dor intensa no abdome durante seis dias. Após ter sido atendida na Emergência, lhe disseram que precisaria fazer uma cirurgia e que seria necessário ficar internada. Ela passou bem no trans-operatório referiu dor abdominal, em alguns períodos do pós-operatório, e recebeu alta no terceiro dia após a cirurgia.

O terceiro cliente foi **Cravo**. Ele tem 54 anos, é casado, tem 4 filhos, atualmente está aposentado e tem um pequeno bar que cuida junto com a sua esposa. Nasceu e reside em Canoinhas, S.C . Internou-se pela terceira vez no H.U. Nas duas internações anteriores fez exames pré-operatórios para a cirurgia de gastroplastia, que realizou em 19/06/01. Acompanhei **Cravo** no período de pré-operatório imediato até o primeiro dia de pós-operatório. Ele ficou durante todo o período de internação acompanhado de sua esposa. **Cravo** não referia queixas de dor, vivenciou uma vez na vida uma dor intensa em um acidente de caminhão, onde lesou o pé. Tem o diagnóstico médico de obesidade mórbida. Seu peso é de 157,000 kg e sua altura de 1,61m. **Cravo** passou bem no período de trans e pós-operatório, praticamente não referiu dor no local da cirurgia. Vivenciou uma dor e desconforto em região sacra, por não poder mobilizar-se muito no leito. Recebeu alta em 24/06/01

A segunda categoria de sujeitos do estudo, foram **os clientes** que estavam internados na CCR I e que vivenciaram a dor no pós-operatório, e a **equipe de enfermagem** que atuava junto a estes clientes nos turnos matutino e vespertino. Com estes sujeitos realizei a **observação participante**. Foram acompanhados 09 clientes submetidos à cirurgias diversas, sendo 08 do sexo feminino e 01 do sexo masculino. Quando fiz referência a algum cliente, o

denominei por letra, assim aparecem **A**, **E** e **G**. Os componentes da equipe de enfermagem que participaram desta etapa, foram escolhidos aleatoriamente. À medida que os clientes referiam dor e a pessoa que estivesse responsável por aquele cliente me comunicasse, eu iniciava a observação participante daquela situação de enfermagem. Denominei os integrantes da equipe pela categoria funcional, ou seja: enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

4.4 Os Instrumentos e a Coleta de dados

4.4.1. Os Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: **a implementação do cuidado humanizado**, segundo a teoria Humanística de Paterson e Zderad, as **entrevistas** com os clientes que participaram da implementação do **cuidado humanizado**, nos períodos de pré e pós-operatório, e **a observação participante** das atividades da equipe de enfermagem junto aos clientes da unidade.

A entrevista

Elaborei dois roteiros de **entrevistas**, que englobaram aspectos do **olhar intuitivo** e do **olhar científico**. **O primeiro roteiro** (Anexo-3) foi aplicado no período pré-operatório imediato, com o intuito de evidenciar como o cliente se sente com a proximidade da cirurgia; quais as suas expectativas com relação ao cuidado se referir dor; o que sabe sobre a cirurgia e o que gostaria de saber, bem como aspectos relacionados à vivência da dor no passado e no momento atual. **O segundo roteiro** (Anexo-4) foi aplicado no período pós-operatório imediato e engloba aspectos da vivência do pós-operatório; avaliação da dor e percepções do cliente acerca da vivência e do alívio da dor.

Segundo Minayo et al (1994), é através da entrevista que o pesquisador obtém informações dos atores sociais. É uma conversa a dois com intenções bem definidas. Primeiramente, a entrevista reforça a importância da linguagem e do significado da fala, bem como serve como meio de coleta de informações sobre determinado tema científico, podendo se obter dados subjetivos e objetivos. Trentini e Paim (1999) acrescentam que, além de obtermos informações através da entrevista, ela se constitui também em condição social de

interação humana, a qual torna o ambiente favorável para a obtenção de informações fidedignas. De acordo com estas autoras, há várias modalidades de entrevista, ou seja: entrevista individual, coletiva, por telefone e por questionário. Neste estudo, utilizei a entrevista individual, na qual o entrevistador interage frente a frente com o entrevistado. Para Minayo et al (1994), quando existem perguntas previamente formuladas, a entrevista é denominada estruturada. Neste sentido, utilizei a entrevista estruturada e individual. Durante as entrevistas e o cuidado, a enfermeira “olha” o cliente intuitivo e cientificamente, pois estes olhares não podem estar compartimentalizados quando nos propomos a cuidar de forma humanizada.

A observação participante

A observação é parte fundamental na pesquisa de campo, pois possibilita a captação de uma variedade de fenômenos de uma situação social, que não poderiam ser obtidos somente por meio de entrevista (MINAYO et al, 1994). Para Spradley, 1980 (apud TRENTINI; PAIM, 1999), na observação participante, o pesquisador pode envolver-se de várias maneiras. O pesquisador pode ser passivo, ativo, moderado e completo. O observador participante entra em uma situação social com o propósito de engajar-se nas atividades e de observar e registrar as atividades, os atores com as suas relações e com os seus aspectos físicos da situação. Refere-se à observação participante ativa, àquela em que o observador procura envolver-se nas atividades, fazendo o que as demais pessoas na situação fazem.

Este instrumento de coleta de dados foi utilizado para desvelar como a equipe de enfermagem atua frente ao cliente que refere dor no pós-operatório. Na medida em que os clientes referiam dor e a equipe de enfermagem os atendia, eu iniciava a observação; neste sentido, observava como se dava a interação com os clientes e familiares, como era feita a avaliação da dor, e como a equipe utilizava os medicamentos analgésicos prescritos.

A implementação do cuidado humanizado

Para implementar o cuidado humanizado, utilizei três etapas metodológicas propostas por Paterson e Zderad, já descritas anteriormente, quais sejam: *a enfermeira conhece o outro intuitivamente, a enfermeira conhece o outro cientificamente e a enfermeira sintetiza*

complementarmente as realidades conhecidas, as quais denominei, nesta trajetória, de: **o olhar intuitivo, o olhar científico e a fusão do olhar intuitivo-científico**².

Por acreditar que a dor é um fenômeno subjetivo, que cada cliente é único e tem suas recordações relacionadas às vivências de dor, bem como antecipações que influenciam sua percepção de dor e que este é um momento difícil, pois o mesmo encontra-se num ambiente pouco familiar, com pessoas desconhecidas, imerso em suas expectativas e medos, que ousei utilizar estas etapas para nortear a minha prática, buscando cuidar com um “novo olhar”, almejando um cuidado humanizado. Os clientes (**Tulipa, Violeta e Cravo**) foram selecionados, levando-se em conta o dia da cirurgia, se encontravam no período de pré-operatório imediato, possibilitando a implementação do cuidado humanizado e a realização da primeira entrevista, e, posteriormente, o acompanhamento pós-operatório, bem como a segunda entrevista. Não estabeleci um roteiro para a implementação do cuidado humanizado, mas me inseri no contexto do cuidado, na medida que acompanhava os clientes. Neste sentido, desde o primeiro contato no pré-operatório e no acompanhamento no pós-operatório, compartilhei com o cliente e familiares a sua vivência da internação e da cirurgia, procurando atender às suas necessidades subjetivas, bem como realizava cuidados, como curativos, higiene e conforto, fluidoterapia, medicações (em geral os analgésicos), orientações e avaliações dos clientes nas diferentes situações de enfermagem.

4.4.2 A Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em **dois momentos**.

O primeiro momento foi composto de duas atividades: **a entrevista no pré e pós-operatório (anexos 1 e 2)** e a implementação do **cuidado humanizado**, utilizando as etapas propostas por Paterson e Zderad. Este cuidado foi implementado às 03 clientes (**Tulipa, Violeta e Cravo**) que se submeteram à cirurgia e que vivenciaram em algum momento a dor. Após a minha apresentação, convidava-os a participar do trabalho, explicando como seria desenvolvido e quais os meus objetivos, bem como apresentei e li o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Todos os três clientes aceitaram prontamente participar do

² Maria Emília de Oliveira (1998) e Lúcia N. Amante de Souza (1999), enfermeiras que utilizaram nas suas dissertações de mestrado estas etapas e as denominaram de; diálogo intuitivo, diálogo científico e a fusão dos diálogos intuitivo e científico.

trabalho e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Oferecer ao cliente o consentimento livre e esclarecido, bem como explicar o trabalho e seus objetivos e iniciar o trabalho apenas após o termo ter sido assinado, se constitui numa atitude ética de respeito à sua liberdade.

Após este contato, iniciava a implementação do cuidado humanizado, realizando a entrevista pré-operatória. No período de pós-operatório, igualmente, cuidava do cliente e oportunamente realizava a entrevista, procurando sempre respeitar o momento vivido.

O **segundo momento**, constituiu-se na implementação **da observação participante** do cuidado ingênuo³ da equipe de enfermagem a 9 cliente, que referiram dor no pós-operatório.

A coleta de dados ocorreu no período de 11 a 20 de junho, nos turnos matutino e vespertino, perfazendo um total de 80 horas. No decorrer desta semana, que antecedeu o início oficial do trabalho, realizei um pré teste com os instrumentos que elaborei para as entrevistas (anexos 1 e 2) com 02 clientes selecionados aleatoriamente. Vivenciar esta etapa foi de suma importância, pois pude perceber a necessidade de modificar algumas questões do instrumento, bem como consolidou a importância de implementar também o cuidado aos clientes no pré e pós-operatório.

Estava um pouco ansiosa, temendo não conseguir selecionar os clientes para acompanhar e prestar os cuidados nos períodos de pré e pós-operatório como havia programado, pois não previ que na quarta-feira e quinta-feira da primeira semana de implementação, seria feriado. Com isto, os dias de prováveis cirurgias se reduziram para segunda, terça e quarta-feira daquela semana. A esta preocupação, somava-se a probabilidade das cirurgias marcadas serem suspensas, pois algumas vezes isto acontece, devido à vigência de uma cirurgia de emergência. Caso isto acontecesse, a coleta dos dados ficaria prejudicada, pois não conseguiria prestar o cuidado no período pós-operatório se a cirurgia fosse suspensa.

Conversei neste período com as enfermeiras e médicos residentes para me informar sobre as cirurgias previstas, porém só havia possibilidades, nada de concreto. Resolvi que iniciaria o estudo com este “conjunto de possibilidades,” e, para minha satisfação, no primeiro dia conheci duas clientes que aceitaram participar do trabalho comigo.

³ Ingênuo neste estudo, se refere ao cuidado prestado aos clientes, sem o respaldo da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

No primeiro dia da implementação das etapas propostas por Paterson & Zderad, me senti como uma recém formada, ansiosa para começar a vivenciar aqueles momentos tão esperados. Em minha mente vários questionamentos surgiram: como seria cuidar com um referencial teórico diferente daquele ao qual estou acostumada? Como seria o cuidado da equipe ao cliente que vivencia a dor? Será que a equipe iria me aceitar bem, durante a observação participante? Será que os clientes iriam gostar de participar? Enfim, indagações que no decorrer do trabalho foram sendo desveladas, algumas delas me trazendo grande satisfação e outras angústia e tristeza.

A **observação** do cuidado ingênuo da equipe de enfermagem aos clientes que referiram dor, se deu durante toda a prática assistencial, porém alguns períodos dediquei exclusivamente para esta atividade, pois ela requer muita atenção e disponibilidade de tempo. A princípio, ficava atenta às atividades da equipe junto aos clientes, para observar se referiam queixas, porém na trajetória percebi que facilitava a observação quando solicitava a ajuda da equipe, para que me comunicassem as intercorrências dos clientes, e, então, os acompanhava no cuidado. Uma outra forma de obter informações dos clientes para poder direcionar a observação, foi através da passagem de plantão, bem como o acompanhamento da visita a todos os clientes com a enfermeira de turno, estas foram realizadas em duas ocasiões.

Acompanhei a equipe de enfermagem enquanto atuava junto a 9 clientes, todos estavam no período de pós-operatório. Os clientes, bem como os integrantes da equipe de enfermagem que participaram da observação participante, foram selecionados aleatoriamente. A observação se iniciava à medida que algum cliente referia a queixa de dor e algum membro da equipe o atendia. A observação foi realizada nos períodos matutino e vespertino, perfazendo um total de aproximadamente 50 horas. Vivenciar esta trajetória foi para mim bastante angustiante, pois não é tarefa fácil acompanhar sem poder interferir na maneira de cuidar. Algumas vezes, senti que a equipe parecia receosa em me comunicar sobre os clientes, em outros momentos os percebia receptivos. Ressalto que a receptividade da equipe de enfermagem, em geral, se centrava em alguns membros que se mostravam mais à vontade para participar do estudo. Percebi uma ou duas pessoas que não me comunicavam quando os clientes que estavam sob a sua responsabilidade referiram alguma queixa de dor.

4.5. A Análise dos Dados

Para realizar a análise dos dados coletados procurando evidenciar as etapas metodológicas do cuidado humanizado propostas por Paterson & Zderad, ou seja, **o olhar intuitivo, o olhar científico e a fusão do olhar intuitivo-científico**, utilizei os seguintes procedimentos:

Inicialmente procurei transcrever em um diário de campo tudo o que ocorria durante a implementação do cuidado humanizado junto aos três clientes (**Tulipa, Violeta e Cravo**), incluindo os diálogos, as expressões faciais, as minhas sensações, e tudo o que pudesse clarificar o processo de compreensão deste cuidar. Realizei o mesmo procedimento com a observação participante, junto à equipe de enfermagem do setor e os clientes que estes prestavam cuidados de enfermagem. Este diário de campo compôs-se num texto de aproximadamente 50 páginas. Realizei também a transcrição dos conteúdos das entrevistas realizadas com **Tulipa, Violeta e Cravo**.

Após este processo, iniciei a leitura exaustiva dos dados procurando evidenciar as categorias de análise pré-definidas no estudo e que se constituíram no objeto do mesmo, ou seja, situações descritas nas quais estavam embutidos: **o olhar intuitivo, o olhar científico e o olhar intuitivo-científico**. Para me orientar neste processo, utilizei a estruturação de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Exemplifico este processo de busca no anexo-5.

De acordo com Bardin (1977), o método de análise de conteúdo compõe-se de três momentos, quais sejam: a *pré-análise*, que é a fase de organização do material, a *exploração do material* e o *tratamento dos resultados*, a inferência e a interpretação.

A pré-análise corresponde à fase de organização do material, com o intuito de operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais. Nesta etapa se dará a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

Na fase de exploração do material ocorre a classificação de elementos que constituem o conjunto, por diferenciação e reagrupamento. É neste momento que se realiza a conclusão da preparação do material para a análise, em termos de operações de codificação ou enumeração.

A fase de tratamento dos resultados se constitui na etapa em que os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. O analista ao evidenciar os resultados significativos e fiéis, pode propor inferências e interpretar a propósito dos objetivos previstos, ou àqueles relacionados a outras descobertas.

4.6. O Componente Ético nesta Trajetória

De acordo com Japiassú e Marcondes (1996) a ética diz respeito aos costumes. Parte da filosofia prática que tem por finalidade refletir sobre os problemas fundamentais da moral, quais sejam, finalidade e sentido da vida humana, os fundamentos da obrigação e do dever, a natureza do bem e do mal, o valor da consciência moral e outros, embasada num estudo metafísico do conjunto das regras de conduta consideradas como universalmente válidas.

Garrafa (apud FORTES, 1994) afirma que a reflexão sobre o comportamento ético nas atividades de saúde deve ser compreendida dentro de um enfoque social e ampliação dos direitos de cidadania, bem como o respeito à autonomia. Acredito que quando buscamos uma assistência humanizada aos clientes que vivenciam a dor, as atitudes éticas são imprescindíveis, garantindo o bem-estar tanto dos clientes como da equipe de enfermagem.

Segundo Boff (1999a.p.90), Ethos – ética em grego designa a morada humana. O ser humano separa uma parte do mundo, para, moldando-a ao seu jeito, construir um abrigo protetor e permanente. A ética como morada humana não é algo pronto e construído de uma só vez. O ser humano está sempre tornando habitável a casa que construiu para si. Ético, significa, portanto, tudo aquilo que ajuda a tornar melhor o ambiente para que seja uma moradia saudável, materialmente sustentável, psicologicamente integrada e espiritualmente fecunda.

Neste sentido, o cuidado humanizado ao cliente que vivencia a dor tem esta dimensão ética, pois cuidar humanamente propõe uma interação intersubjetiva, propõe entender a vivência do outro ser humano, seus pedidos de ajuda para que possa vivenciar este momento da melhor maneira possível.

Neste estudo, a relação entre os seres humanos envolvidos, se deu em um hospital escola, com clientes que vivenciaram a dor no pós-operatório. O componente ético do cuidado proposto por Paterson e Zderad se evidencia quando consideramos o cliente como um ser único, um ser livre que pode envolver-se com seu próprio cuidado, preservando sua autonomia. Uma enfermagem como um diálogo vivo onde enfermeira e cliente se encontram

para compartilhar. Neste fazer-com e estar-com, há uma meta que é a de nutrir o estar-melhor e o vir-a-ser dos clientes na situação em que se encontram, mantendo, desta forma, uma relação ética de respeito, preservando a autonomia e a cidadania.

Neste sentido, manter uma interação ética com o cliente, foi entender e acreditar nas suas queixas de dor, considerando o caráter subjetivo da mesma e promovendo um alívio ou um estar-melhor respondendo, assim, aos seus chamados por ajuda. Da mesma forma, agi eticamente quando respeitei seu desejo de participar ou não da prática, quando mantive o sigilo, o zelo pelo confidencial e a não divulgação dos nomes respeitando a individualidade, esclarecendo dúvidas, trocando informações. Comprometi-me e não impus meus pensamentos, respeitando as idéias dos clientes, bem como não fiz julgamentos.

Oferecer ao cliente o consentimento livre e esclarecido, bem como explicar o trabalho e seus objetivos e iniciar o trabalho apenas após o termo ter sido assinado, se constitui numa atitude ética de respeito à sua liberdade

Ao realizar a observação participante do cuidado ingênuo da equipe de enfermagem, enquanto cuidavam dos clientes que referiram dor no pós-operatório, respeitei os preceitos éticos não divulgando nomes dos funcionários, em nenhum momento, e acredito ter tido uma atitude ética em relação aos clientes, quando, desvelando este cotidiano, podemos abrir caminhos com novas possibilidades para um cuidar humanizado.

No desvelamento desta trajetória de observação, algumas situações surgiram e me angustiaram por estarem desprovidas da consciência ética, tão importante no cotidiano da enfermagem. Neste sentido, vivenciamos situações como: a omissão da enfermeira quando não avalia os clientes que referem dor; a prescrição médica de analgésicos igual para todos os clientes, acarretando um aumento de sofrimento, pois muitas vezes é inadequada; o desrespeito a um direito do cliente de não sentir dor e ao dever do profissional de enfermagem em atuar neste sentido.

Neste trabalho, a inclusão dos sujeitos de pesquisa obedeceu a Resolução nº 196/96 do CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido (Anexo-3). Esta resolução reúne do ponto de vista do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça visando

ainda assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

5. O CONTRAPONTO DOS VÁRIOS OLHARES NO CUIDADO HUMANIZADO E NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Após ter vivenciado a prática assistencial e cumprido os objetivos propostos para aquela etapa, quais sejam: implementar um cuidado de enfermagem no pré-operatório e pós-operatório imediatos aos clientes que vivenciam a dor, orientada pela Teoria Humanística de Paterson e Zderad, e desvelar a atuação da equipe de enfermagem frente aos clientes que referem dor no pós-operatório, farei, um contraponto desta experiência enfocando o cuidado humanizado e a observação participante da equipe de enfermagem, sob a ótica dos vários olhares: intuitivo, científico e na fusão intuitivo-científica.

5.1 O Olhar Intuitivo no Cuidado Humanizado e na Observação Participante

Conhecer intuitivamente exige estar “dentro” do outro, no ritmo de suas experiências. A enfermeira mantém com o cliente um tipo especial de **encontro**, descrito por Paterson e Zderad (1979) como um **diálogo vivo** que envolve **o relacionamento, a presença, um chamado e uma resposta**. Neste encontro com o cliente que vivencia o período pré-operatório e a dor no período pós-operatório, a enfermeira procura cultivar a confiança, permitindo que o mesmo expresse seus temores e angústias.

No relacionamento, um está com o outro e presume a relação “EU-TU” descrita por Buber (1974), onde um vai na direção do outro, numa presença autêntica buscando o vir-a-ser (potencial humano). De acordo com Paterson e Zderad, 1979 (apud, PRAEGER, 2000), o pré-requisito para conhecer intuitivamente o outro e compreender seu real potencial para o vir-a-ser, é ver o cliente na sua singularidade, respeitá-lo, responder ao seus **chamados**, se fazendo

realmente presente e sentindo **a presença** do outro. Esta etapa, presume uma abordagem fenomenológica, onde a enfermeira estará aberta ao significado da vivência do cliente (PRAEGER, 2000).

Para ampliar esta capacidade intuitiva, a enfermeira deve evitar expectativas, preconceitos, rótulos e julgamentos. A enfermeira mostra-se aberta, consciente de seus próprios pontos de vista para poder respeitar os do cliente, mostra-se também receptiva, à disposição, caracterizando assim a **presença** que pode revelar-se inequivocamente no olhar, no tocar ou no tom de voz (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Quando a enfermeira **se encontra** com o cliente que será submetido a uma cirurgia e estabelece uma **relação** mostrando-se **presente**, abrirá o canal para os **chamados e respostas**. O cliente **chama**, por exemplo, expressando sua ansiedade com relação ao medo da cirurgia e a enfermeira **responde** procurando orientá-lo com relação ao que vai lhe acontecer, se fazendo **presente**. O cliente, por sua vez, emite outra **resposta**, demonstrando tranquilidade e serenidade. Para Paterson e Zderad (1979), a enfermeira e cliente neste diálogo vivo, chamam e respondem de maneira verbal e não verbal. Os chamados e respostas são transacionais, seqüenciais e simultâneos.

De acordo com Oliveira (1998), vivenciar o intuitivo na relação com o cliente exige muita concentração, reciprocidade e sensibilidade, características estas, que vão além da prática rotineira a que estamos acostumados. Para ela, o estabelecimento desta etapa acontece quando a enfermeira inicia o conhecimento do cliente, quando “o vivencia”, ou seja, vivencia os acontecimentos junto com ele, tentando compreender intuitivamente a sua experiência.

Seguindo a trajetória, procurarei expressar nas vivências, como se deu o olhar intuitivo no cuidado humanizado e na observação da equipe de enfermagem. Neste sentido, vejamos alguns momentos, que, olhando intuitivamente, procurei ser **presença** para o **encontro**, o **relacionamento**, e aberta para **os chamados e respostas**.

*Encontrei-me pela primeira vez com **Tulipa**, numa segunda-feira. Ela havia internado no sábado, para realizar uma colecistectomia, estava portanto, há dois dias no hospital. Quando cheguei ao quarto, a encontrei sentada na cama. Ela estava sorridente conversando com as outras clientes que também estavam internadas no mesmo quarto. Apresentei-me,*

disse as razões da minha presença e começamos a conversar sobre o meu trabalho. Perguntei se sabia o que era o curso de mestrado? Respondeu, meio tímida:

" Não, não sei, nunca ouvi falar em curso de mestrado"

Expliquei o que era o curso de mestrado e que gostaria de desenvolver o trabalho com ela. Falei da importância deste, para a melhoria da assistência de todos os outros clientes. Ela parecia curiosa e receptiva, mas primeiro perguntou:

" e eu vou precisar pagar alguma coisa?"

Esclareci que não precisaria pagar nada e que no nosso hospital, o atendimento é totalmente gratuito.

"ah! Eu quero participar sim. Então amanhã tu já vais estar aqui para me cuidar?"

Falei que chegaria cedo e que a encontraria pela manhã, antes que ela fosse para a cirurgia.

"Ah! Que bom, mas só que agora eu precisava ir lá embaixo para ver a minha filha, pois ela é pequena e não pode entrar para me visitar nos dias de semana, se tu não te incomodas de fazermos a entrevista depois, ou tem que ser agora?"

*Esclareci que não havia problema algum e que teríamos bastante tempo para a entrevista depois da visita. Pareceu tranqüila com a minha **resposta**, e saiu rapidamente para encontrar-se com seus parentes que estavam lhe aguardando na recepção do hospital.*

.Nesta atitude, a **relação EU-TU** se iniciou, uma relação sujeito-sujeito, onde os envolvidos têm consciência da singularidade de cada um. **Tulipa** foi respeitada na sua individualidade, pôde manifestar suas dúvidas, foi informada sobre a prática, pôde escolher entre participar ou não, bem como sobre o horário da realização da entrevista.

Da mesma forma, esta relação se evidenciou quando percebi a ansiedade de **Tulipa** e de sua filha no dia da cirurgia, no momento em que ela foi para o Centro Cirúrgico. *No dia*

*anterior, quando me encontrei pela primeira vez com **Tulipa**, conversamos sobre a cirurgia e pude orientá-la nas suas inquietações, tentando reduzir sua ansiedade. Sua filha lhe estava acompanhando e estava junto comigo no quarto, quando o funcionário trouxe a maca para levá-la. A filha, com voz trêmula, olhou para a mãe e lhe desejou boa sorte, eu, segurei sua mão e olhando nos seus olhos, também lhe desejei boa sorte, ao que **Tulipa** me respondeu olhando-me também nos olhos:*

"até a tarde se Deus quiser."

Tentei demonstrar otimismo e segurança, pois intui seu medo. Este, aparecia em sua fala "Se Deus quiser" e na expressão dos olhos. Era a primeira cirurgia de **Tulipa**, e procurei me mostrar sensível ao momento singular que ela vivenciava. A minha **presença** se manifestou quando me mostrei aberta, receptiva e disponível para cuidar. Nesta vivência, a **presença** foi sentida no olhar empático que dirigimos uma para a outra.

Por outro lado, ao vivenciar o processo de observação participante das atividades da equipe de enfermagem, enquanto cuidava dos clientes que referiram dor, pude perceber que o "olhar intuitivo" se evidenciou pouco, em várias situações durante a coleta de dados. O cuidado ao cliente que refere dor, fica restrito à queixa de dor, se ela existe ou não e se a equipe vai ou não aplicar algum analgésico. Não há uma valorização das necessidades subjetivas dos clientes e da vivência desta experiência ímpar. Numa pesquisa coordenada por Waldow (1999), com 15 clientes internados, ela constatou que os mesmos referiram como características que uma pessoa precisa ter para cuidar de outra: paciência, atenção, carinho, entender o cliente, vontade e profissionalismo. De acordo com Vianna (2000), como cuidadores temos que ver o outro efetivamente, isto significa permitir o contato afetivo, senti-lo, trocar experiências e saberes. É necessário colocar-se e deixar que o outro também se expresse, resgatando o respeito ao cliente. Acredito que este novo olhar aos clientes faz parte de uma mudança de paradigma cada vez mais emergente. A dimensão técnica do cuidado é importante, mas ela é insuficiente. Isolada, contribui para deixar um vazio na relação equipe de enfermagem/cliente que desumaniza a ambos. Neste sentido, apresento um recorte de um momento onde a dimensão técnica se encontra desvinculada de maior sensibilidade, tão imprescindível ao cuidado humanizado.

No dia 11/06 às 15 horas, cliente A de 17 anos, se encontrava no período de pós-operatório imediato de laparotomia exploradora. É sua primeira cirurgia. A chegou do

Centro Cirúrgico por volta das 14:00 horas. Estava no leito, em decúbito dorsal, acompanhada de sua mãe e irmão. Portava uma sonda nasogástrica em sinfonagem, uma sonda vesical de demora e um acesso venoso em membro superior direito. O auxiliar de enfermagem passou pelo quarto e A se queixou de dor em toda a barriga. O auxiliar de enfermagem me avisa que A está se queixando de dor. O auxiliar verificou a prescrição e decidiu fazer a dipirona e.v, foi imediatamente ao posto de enfermagem, preparou a medicação e levou para aplicar na cliente. Ele se aproxima da cama e avisa:

“Vou fazer uma injeçãozinha para dor” e comenta: “esta sonda (referindo-se à sonda nasogástrica) incomoda um pouco ne’!” Ao que A responde com voz fraca: “incomoda muito...”

O auxiliar de enfermagem aplicou rapidamente a medicação e saiu do quarto sem se envolver com a cliente e sem dizer mais nada. A apresentava uma expressão facial de dor, o seu olhar expressava medo e ansiedade. Seus acompanhantes também pareciam ansiosos.

No **encontro** com a cliente, o auxiliar mostrou-se tecnicista, fez a medicação, conversou sobre a sonda nasogástrica desviando a atenção de sua queixa e saiu rapidamente. Também pudemos observar que não procurou incutir confiança conversar, olhar intuitivamente para A e seus familiares, para que ela pudesse estar-melhor naquela situação de enfermagem. Segundo Santos e Valente (1995), a confiança é um aspecto importante na relação enfermeira/cliente. Se o cliente sente que a enfermeira acredita na sua dor, fica grato e aliviado, pois sabe que pode confiar no profissional que estará presente para o aliviar. Pereira e Zago (1998) enfatizam a importância do impacto psicológico da dor no cliente cirúrgico, que se manifesta pelos comportamentos de ansiedade incluindo o medo da cirurgia, o medo da dor e o medo do desconhecido. Santos e Valente (1995) reforçam que é desejável reduzir ao máximo possível a ansiedade do cliente com dor, pois este tende a perceber a dor com maior intensidade ou fica menos tolerante a ela. A ansiedade de A aumentava e nada era feito no sentido de minimizá-la. Acredito que múltiplos fatores contribuíram para que esta situação de enfermagem fosse vivida desta maneira, sendo uma delas a desinformação sobre a dor, o conhecimento dos fatores que podem ampliá-la e a influência do pensamento positivista na prática de enfermagem, valorizando apenas aquilo que se vê e que pode ser medido. Desta forma, a verificação dos sinais vitais, o banho de leito, as medicações, o curativo e outros procedimentos, são realizados em horários préestabelecidos, descritos no prontuário e

mencionados na passagem de plantão, porém os sentimentos, a ansiedade, o medo e a dor não são valorizados, são subjetivos, e por isso, muitas vezes negligenciados. Não seriam estes sentimentos inerentes a todos os seres humanos? Por que a equipe de enfermagem insiste em negá-los?

Nesta trajetória, pude perceber que os clientes querem mais que a medicação, eles querem um cuidado além da dimensão técnica eles querem ser cuidados com carinho, com afeto. Isso apareceu na fala de **Tulipa**, quando perguntei como ela gostaria de ser cuidada no pós-operatório...

" ...gostaria que alguém ficasse direto aqui comigo, gostaria de ser cuidada com carinho, pois quando um paciente é cuidado com carinho, por mais doente que ele esteja, sempre se sente confortado..."

Nesta fala, aparece a expectativa que **Tulipa** tem de **encontrar** alguém para cuidá-la, alguém que demonstre **presença**, que esteja aberto e disponível para **responder** aos seus **chamados** de ajuda, que nesta relação ela possa ser "**olhada**" de maneira **intuitiva e científica**, para que possa **estar-melhor** neste momento que vivencia o pós-operatório.

A cada **encontro** com o cliente, se ficarmos atentos aos seus chamados, que muitas vezes não são verbais, poderemos olhá-lo com sensibilidade, e, desta forma perceber a multidimensionalidade da vivência da dor. Procurando entender o termo sensibilizar, busquei em Ferreira (1993, p. 500), a definição que diz: "tornar sensível; causar abalo a; comover; abrandar o coração de; comover-se, compadecer-se, condoer-se, doer-se, apiedar-se". De acordo com Japiassú e Marcondes (1996, p.245), "sensibilidade é a capacidade de sentir, de ser afetado por algo, de receber através dos sentidos impressões causadas por objetos externos." No dicionário de psicologia encontrei sensível, sensitivo, que quer dizer: "caráter no qual a sensibilidade predomina (emoções e sentimentos intensos e prolongados)" (PIERÓN, 1969, p.391). Desta forma, sensibilização tem ação direta com o sentir, com a arte da enfermagem. De acordo com Vianna (2000), a arte na enfermagem é a capacidade de dizer sem palavras, de cuidar intuitiva e empaticamente, de valorizar o encontro, de transcender o que é visível, enfim, é o sentir. Neste sentido, vejamos este momento de cuidado com **Tulipa**.

No dia que antecedeu a cirurgia de **Tulipa**, me **encontrei** com ela para a entrevista, e, naquele momento, olhando intuitivamente, pude perceber seu medo. Assim vemos o que me **respondeu** ao lhe perguntar quais eram suas expectativas para a cirurgia ?

" Como é a primeira vez que vão cortar o meu corpo, estou com medo. Mas, acho que vai dar tudo certo, que Deus vai cuidar de mim, só tenho medo que a minha pressão aumente, pois tenho pressão alta."

Diante desta **resposta**, pude confirmar o que meus sentidos já haviam percebido, **Tulipa**, tentava concluir sua fala com confiança, porém seus olhos deixavam transparecer a incerteza e o medo, neste sentido me mantive aberta e sensível e percebia que ela, à medida que conversávamos, ficava menos ansiosa e mais à vontade. Relacionei-me intuitivamente com **Tulipa**, procurando reduzir sua ansiedade entendendo que ela exerce papel importante na percepção da dor.

Dando continuidade à entrevista perguntei-lhe como se sentia naquele momento de pré-operatório, e, da mesma forma, percebi que ela tentava se conformar com a situação, mas não era o que ela desejava, vemos na sua resposta:

" Estou animada, sei que sou obrigada a operar, que é para o meu bem, sou obrigada a passar por isto. O meu marido queria que eu fizesse a cirurgia com o laser para não deixar que me cortem, mas é muito caro e não temos dinheiro, então tenho que me cortar mesmo."

Neste **encontro** com **Tulipa**, pude perceber que, com este "olhar", comecei a vivenciar os acontecimentos com ela, cuidando de um modo emocional, incutindo confiança, para nutrir o estar-melhor.

De acordo com Gonzaga e Arruda (1998), as emoções positivas como a alegria, a tranquilidade e a paz, são um estímulo à capacidade natural que o nosso organismo tem para enfrentar situações de ameaça e desafio, quais sejam, doença/hospitalização ou situações decorrentes dela, como o estresse, o medo, a dor, a depressão, a raiva ou frustração. Para Pereira e Zago (1998), a resposta emocional dos clientes à dor aguda é a ansiedade, na medida que a dor representa uma ameaça ao bem-estar. A ansiedade estaria relacionada aos diversos temores. Em consonância com estes autores, acredito que a dor no pós-operatório se constitui

numa ameaça ao bem-estar dos clientes, e, na medida que aumenta a ansiedade destes, aumenta também a sua percepção de dor. A dor foi descrita aqui por **Tulipa**, quando perguntei na entrevista: O que é para você a dor, e como poderia fazer uma comparação da dor ? Ao que me respondeu:

" A dor é muito triste, comparo a dor com uma dor de parto, só que, esta que senti, com este meu problema na vesícula, é ainda muito pior que a dor do parto."

Nesta fala, ressaltamos como as experiências passadas são marcantes e estão vivas na memória, podendo, no presente, influenciar a percepção da dor. De acordo com Zborowski, 1978 (apud PEREIRA; ZAGO,1998), a dor é uma experiência pessoal que depende da aprendizagem cultural, do significado daquela situação vivida e de outros fatores únicos de cada indivíduo. O impacto das experiências passadas com relação à dor e ao significado da dor para cada cliente, vão influenciar a sua vivência de dor atual. Neste sentido, considero importante que a equipe de enfermagem compreenda esta dimensão da experiência dolorosa para que não avalie o cliente de acordo com suas próprias expectativas e valores. Enquanto **Tulipa** relatava sua experiência dolorosa no passado, percebia sua expressão facial de medo e ansiedade e podia, desta forma, entender esta experiência para poder cuidar melhor no presente.

À medida que seguia a trajetória, disposta a me tornar cada vez mais sensível à experiência de **Tulipa, Cravo e Violeta**, se desvelava a importância de cuidar nesta perspectiva, quanto mais humanizamos o cuidado mais humanos nos tornamos.

Desta maneira, também pude me manter sensível à **Violeta** no terceiro dia de pós-operatório. *Quando cheguei ao seu quarto, à tarde, ela se encontrava deitada na cama. Percebi que estava meio triste. Perguntei sorrindo como se sentia ? Ao que me respondeu, também, com um leve sorriso:*

" Agora, parece que estou meio triste...." seus olhos ficaram cheios de lágrimas.

Perguntei por quê? E me respondeu chorando....

" estou com saudade do meu filho, agora vou ter que passar todo o feriado aqui, as outras pacientes das outras camas já foram embora e só fiquei eu... estou tão longe de casa."

Violeta tinha a expectativa de ir para casa na quarta-feira, véspera do feriado e já havia me sinalizado que não gostaria de estar tanto tempo no hospital. Tínhamos anteriormente conversado sobre o assunto e eu já havia lhe dito que a possibilidade de ir para casa era remota, pois estavam aguardando os resultados de alguns exames. Neste **estar-com** procurei **responder** a este **chamado** com **presença**, me mostrando disponível para conversarmos. Procurei vivenciar este momento junto com **Violeta**, concordei que não deveria ser fácil ficar tão longe de casa, porém ressalttei um ponto positivo que era o de já ter feito a cirurgia que ela tanto queria, que agora estava sem dor, e que a cada dia estaria melhor, brinquei dizendo que ela já podia até caminhar pelo corredor! Fiz esta referência, pois **Violeta** havia ficado muito feliz quando pôde dar a primeira caminhada fora do quarto, no segundo dia de pós-operatório.

Neste sentido, a relação sujeito–sujeito ou relação **EU-TU** se estabeleceu, pois a enfermeira e a cliente estavam abertas entre si de forma completamente humana (PRAEGER, 2000). Nesta relação, pude, através da sensibilidade, perceber e respeitar o momento vivenciado por **Violeta**, entendendo que ele é único. Compartilhando esta situação, pude perceber a diferença de cuidado que podemos proporcionar aos clientes nesta perspectiva humanística. Eu podia sentir que, apesar da tristeza e da saudade de casa, ela se sentia segura com a atenção e o carinho do cuidado e parecia procurar forças para continuar. Neste sentido, observei quando fui mais tarde ao seu quarto e ela tentava se relacionar com outros clientes dos outros quartos, já que no seu, só havia, naquele momento, uma cliente. Penso que muitas vezes não podemos solucionar os problemas, mas podemos torná-los mais leves, para que possamos, junto com os clientes, vivenciá-los da melhor maneira possível, nutrindo o estar-melhor.

Nos **chamados e respostas** há a expectativa de que haverá alguém para cuidar e alguém para ser cuidado, **Violeta chama** quando se **encontrou** comigo e solicitou:

" Tu podias telefonar para a minha cidade, para avisar à minha família como eu estou?"

De acordo com Paterson e Zderad (1979), a enfermeira e os clientes **chamam** e **respondem** um ao outro de maneira verbal e não verbal e pode ser também “ tudo ao mesmo tempo.” As autoras referem-se a isto, como a capacidade que as enfermeiras têm de relacionar-se ao mesmo tempo com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida. **Violeta** estava ansiosa por não ter passado bem a noite e seu **chamado** era **verbal**, quando pediu a ligação telefônica e **não verbal** quando se mostrou ansiosa, preocupada e com o olhar triste. A enfermeira **responde** tentando tranquilizá-la, fazendo o contato com os familiares e **respondendo** sem muita demora. **Violeta responde** novamente quando se mostrou mais tranquila e agradeceu a ajuda.

*Num outro momento estava com **Violeta** e ela apresentou taquicardia supraventricular, estava muito assustada e ansiosa, fiquei ao seu lado e segurei sua mão, me olhou nos olhos e disse:*

" estou me sentindo muito tonta e agoniada, estou com medo de morrer, fica aqui comigo...De repente eu chego lá em casa numa caixa de madeira...Meu Deus será que eu tenho que passar tanta coisa nesta vida"

Manifestei **presença** estando disponível e ficando ao seu lado, respondendo ao **seu chamado** de ajuda. *Tentei acalmá-la dizendo que faríamos o possível para que pudesse estar-melhor, prometi que iria rapidamente até o posto de enfermagem, mas que voltaria em seguida. Afastei-me apenas por um breve momento para ir falar com a enfermeira, solicitando que ela agilizasse a presença do intensivista, mas em seguida voltei. Após ter sido avaliada pelo médico da UTI e ter recebido o tratamento adequado, finalmente a situação se normalizou. **Violeta** me disse, mais serena:*

" que bom que tu ficasses aqui comigo, eu fiquei com tanto medo"

Fiquei emocionada por ter vivenciado com **Violeta**, aquele momento difícil. Pude, neste **encontro**, cultivar confiança, deixando que ela expressasse suas angústias e medos. Pude com **presença**, **responder** a seus **chamados** por ajuda, para que pudesse estar-melhor naquela situação.

Saliento que o meu olhar intuitivo também foi lançado aos familiares dos clientes que participaram da prática. Esta relação é descrita por Buber (1979), como a relação **EU-NÓS**,

que é a que se estabelece com a comunidade que, neste contexto, está representado pela família, estudantes, equipe de enfermagem, equipe médica e outros. Segundo Thelan et al (1996), fatores sociais e ambientais como a interação com familiares e amigos, estresse, privação ou sobrecarga sensorial influenciam a percepção da dor. Em consonância com Thelan et al (1996), observei a importância da **presença** dos familiares na segurança emocional do cliente, e na diminuição de sua ansiedade. Os clientes que estão com acompanhantes expressam esta segurança. Acredito que além da segurança emocional proporcionada pelo acompanhante, a segurança física também exerce papel importante, pois os clientes ficam acamados e dependentes no primeiro dia de pós-operatório, sendo que no segundo dia podem, na grande maioria dos casos, sair do leito com auxílio. Acredito que o familiar ou outra pessoa que faça o papel de acompanhante do cliente, se constitui no elo entre este ambiente estranho de pessoas e coisas desconhecidas, e a familiaridade do conhecido, do lar.

Na trajetória que percorri com **Tulipa, Cravo e Violeta**, pude observar que **Tulipa** e **Cravo** que permaneceram durante todo o período de pós-operatório com acompanhante, ou seja, filha e esposa respectivamente, se mostraram mais seguros e menos ansiosos. Em contrapartida, **Violeta** que estava longe de casa, sem receber visitas e sem acompanhante se queixava freqüentemente de saudade de casa, ansiedade, tristeza e solidão. Acredito que a equipe de enfermagem quando olha o cliente intuitivamente e se mantém sensível ao momento vivido, pode tornar o ambiente hospitalar menos frio e impessoal. Para isto, não precisamos de muito tempo, precisamos sim, de qualidade de tempo. Neste sentido, ao compartilharmos um momento de cuidado, podemos fazê-lo com um sorriso, um toque, um olhar nos olhos do cliente, um bom dia, um até mais tarde ou uma explicação do que se vai fazer. Estas atitudes, sinalizam ao cliente **a presença**, a preocupação, **o estar com**, o estar aberto para ouvir e atender **aos chamados** por ajuda.

Neste sentido vivenciamos momentos como:

*Eram quase 18:00 horas, **Tulipa** havia chegado do Centro Cirúrgico às 12:00 horas. Percebi que estava um pouco ansiosa quando me perguntou”:*

“ amanhã tu vens para ficar comigo também?”

Respondi que sim, conforme tínhamos combinado. Ela complementa:

“Gostaria que a minha filha ficasse amanhã também comigo, tu podias pedir para elas (*se referindo às enfermeiras*) deixarem ela ficar amanhã também ?”

“sempre ficando com alguém da família junto, é melhor né!

Já havia percebido que **Tulipa** estava ansiosa com a internação, com a proximidade da cirurgia, enfim, com tudo que estava vivenciando, portanto, ao me solicitar que interferisse junto à enfermeira do setor para autorizar que sua filha ficasse mais um dia com ela, prontamente conversei com a enfermeira solicitando a autorização, ao que ela concordou. De acordo com Santos e Luis (1999), a família é o primeiro elemento que serve de apoio ao cliente e muitas vezes, sua ansiedade é desencadeada por esta separação, pois, em geral, se sentem mais seguros com seus familiares. Na unidade onde este estudo foi realizado, os acompanhantes são autorizados para ficar somente no primeiro dia de pós-operatório, porém, eles podem acompanhar os clientes durante toda a internação quando são provenientes de outra cidade. **Tulipa**, ao saber que sua filha ficaria, mostrou-se satisfeita, tranqüila e feliz, **respondendo** de forma não verbal com uma expressão facial serena.

Na observação participante verificamos, em oposição ao cuidado humanizado, que em geral a relação entre a equipe de enfermagem e o cliente/familiares é de indiferença. Muitas vezes eu observava que a equipe prestava os cuidados ao cliente e ignorava a presença do acompanhante. Gerando, com isto, maior ansiedade e desconforto tanto no cliente como em seu familiar.

O cuidado segue o modelo biomédico e biologicista. Perante as queixas de dor dos clientes a equipe de enfermagem faz a medicação prescrita, ou não faz, isto vai depender da avaliação do técnico/auxiliar de enfermagem, que nem sempre tem o conhecimento suficiente para tomar esta decisão. A prescrição médica de analgésicos, em geral, segue um mesmo padrão, ou seja, é igual para todos os clientes. Neste sentido, a subjetividade da experiência dolorosa é negligenciada, pois sabemos que cada indivíduo percebe a dor de forma diferente, sendo influenciado por múltiplos fatores, como experiências passadas, ansiedade, medo, estresse, fadiga e outros. Fiquei me questionando se a equipe estaria fazendo os cuidados ditos *integrais* aos clientes. Para Ferreira (1993), integral é total, inteiro, global. Desta forma se opõe ao *integral* quando realizamos o cuidado apenas na sua dimensão técnica. Não humanizamos se dividimos o cliente em partes ou o cuidado em partes. Questionei-me mais uma vez, se estaria então a equipe com número insuficiente de pessoas para cuidar

integralmente de todos os clientes? Observando a escala de serviço, verifiquei que em geral trabalham 5 técnicos/auxiliares de enfermagem por turno de 6 horas, juntamente com uma ou duas enfermeiras, sendo que temos na unidade 30 leitos.

Simões (1998) salienta que as ações de enfermagem não podem ser puramente mecânicas e técnicas, pois não lidamos com objetos. O cliente não é apenas um corpo a ser tratado, mais sim, um ser pleno de possibilidades que deseja um cuidar compartilhado. Rossato e Ângelo (1999) enfatizam que uma assistência efetiva e eficiente vai além da realização de procedimentos e a utilização de medicação, aponta um outro caminho em direção a uma assistência humanizada, a qual todos os pacientes têm direito.

Neste sentido, vejamos o que foi **observado na equipe de enfermagem** em alguns momentos da coleta de dados e que nos aponta para o predomínio de um cuidar mecanicista:

" vou fazer uma injeção aqui tá !" O auxiliar de enfermagem aponta para a conexão do soro, e enquanto faz o medicamento olha o tempo todo para a seringa. Depois, sai do quarto sem se despedir ou olhar para a cliente." É um remedinho para a dor"... o técnico de enfermagem olha os frascos de soro, depois olha para a seringa enquanto aplica a medicação e não olha em nenhum momento para a cliente e para a sua acompanhante, estas ficam olhando para ela o tempo todo. A expressão facial da técnica é de indiferença, não esboça sequer um sorriso. Acaba de fazer a medicação e sai do quarto sem se despedir. A cliente estava gemendo de dor abdominal e estava bastante ansiosa pela situação que se encontrava. Para Pereira e Zago (1998, p.286),

a dor é um fenômeno cuja etiologia e manifestação são multidimensionais com base teórica advinda de várias ciências. Os aspectos biológicos, emocionais e culturais da experiência dolorosa justificam o uso de intervenções múltiplas, farmacológicas e não farmacológicas para o seu controle.

Reitero que não podemos reduzir a vivência da dor a uma única dimensão, a biológica. É necessário que ampliemos nossos horizontes para percebermos que aquela vivência de dor é única em um momento também único inserido num contexto cultural, emocional e biológico daquele ser humano. Acredito que é somente nesta perspectiva, que a enfermeira ou a equipe de enfermagem, numa **transação intersubjetiva** com o cliente, poderá vivenciar o **estar-com** e o **fazer-com** para **nutrir o estar-melhor**.

Este **estar-com** foi evidenciado neste encontro com **Violeta**. Ela, ao saber que eu iria cuidar dela no pós-operatório, me disse:

" Que bom que tu vais ficar me cuidando, eu vou ter que ficar sozinha, pois a minha cidade fica muito longe e eles (familiares) não vão poder vir."

O enfrentamento da solidão aumentava a ansiedade e a tristeza de **Violeta**, ela falava sempre na saudade de casa e como se sentia só quando eu não estava com ela. Eu procurava sempre que possível estar ainda mais **presente**, buscando ou tentando suprir a falta destes familiares. Acho que consegui quando ouvi o seu depoimento no último dia de prática assistencial, no momento que nos despedimos:

"Foi muito importante para mim tu teres me cuidado, eu não tenho palavras para te agradecer, pois além de tu cuidares de mim quando eu não podia fazer as coisas, tu me desses muito apoio, eu pude me abrir contigo, falar das minhas tristezas e da minha saudade de casa, pois eu estava muito sozinha e tu me apoiaste . Eu senti muita confiança no teu cuidado."

Segundo Paterson e Zderad (1979) quando uma pessoa está doente, o seu corpo manifesta modificações que vão influenciar sua experiência de ser-no-mundo. Esta perspectiva de mundo do cliente é uma consideração vital na enfermagem. Acredito que quando a equipe de enfermagem olhar o cliente intuitivamente poderá "enxergar" este ser-com-dor-no-mundo e compartilhar este momento, para poder nutrir o estar-melhor.

Confesso que esta etapa de vivência do olhar intuitivo no cuidado humanizado e da observação da equipe de enfermagem, foi um desafio para mim. Foi um exercício diário no sentido de deixar a sensibilidade e todos os sentidos aguçados. Acreditava, que anteriormente à prática, eu prestasse um cuidado humanizado, porém não percebia que o nosso modelo de prática de enfermagem tecnicista, interfere, mesmo sem percebermos, na nossa maneira de cuidar. Esta maneira de cuidar, se desvela na observação participante ao percebermos como o cotidiano hospitalar, com suas inúmeras rotinas implantadas e o predomínio do paradigma biologicista colabora para que a sensibilidade da equipe de enfermagem permaneça invisível, contribuindo para que não sejam valorizados aspectos importantes como as angústias, o medo, a ansiedade e a insegurança que os clientes vivenciam no pré e pós-operatório. De acordo com Waldow (1999), tem se evidenciado nas pesquisas mais recentes, uma tendência à abordagem mais humanística na enfermagem. Resgatar o cuidado não é rejeitar aspectos técnicos e científicos da enfermagem, mas sim, enfatizar o processo interativo, emocional e intuitivo que

compõe o lado artístico da enfermagem, promovendo uma harmonização de ambos os enfoques, científico e intuitivo.

Neste sentido, após a implementação do cuidado humanizado, olhando intuitivamente os clientes, pude estar aberto ao significado de suas vivências no pré e no pós-operatório, bem como, pude estar aberta também ao significado das minhas vivências enquanto cuidava. Nesta **relação** intersubjetiva me mantive **presente respondendo aos chamados**, estando atenta às **respostas**, para proporcionar o estar-melhor aos clientes. Olhar o cliente agora com este “novo olhar” se apresenta como uma nova possibilidade de cuidar. Cuidar olhando nos olhos, tocando, estando presente. Em consonância com Waldow (1999), pude compreender que o conhecimento científico da equipe de enfermagem é de suma importância mas ele não pode estar desvinculado da compreensão da subjetividade do sujeito e dos seus sentimentos sobre a internação, a cirurgia e a dor. Aí está o nosso grande espaço e a diferença de cuidado, a harmonia entre o enfoque intuitivo e o científico, para que os clientes possam ser vistos em sua totalidade, integralmente. Acredito que a sensibilização da equipe de enfermagem se constituiria num avanço para o cuidado dos clientes que vivenciam a dor. Sensibilizar a equipe através de oficinas para que pudessem vivenciar situações de cuidado, e de auto-conhecimento, proporcionando momentos para reflexões, ampliando a nossa capacidade, que, na condição de seres humanos que somos, temos de ver intuitivamente. Olhar intuitivamente os clientes é caminhar para um cuidado humanizado.

5.2 O Olhar Científico no Cuidado Humanizado e na Observação Participante

Nesta etapa a enfermeira, depois de ter “olhado intuitivamente” o fenômeno em todos os seus aspectos, irá expressar a experiência. Para isto, compara, considera, analisa, relaciona, interpreta, denomina, classifica, categoriza e acrescenta o conhecimento. É nesta fase que se estabelece a relação **‘EU-ISSO’** descrita por Buber (1974). Esta compreende a relação sujeito-objeto, que pode se dar ao consultarmos um prontuário, exames laboratoriais, livros e outros, sendo estes objetos abertos à observação. Outra forma de relação sujeito-objeto é quando considero o ser humano como objeto, aqui ele pode se deixar conhecer pelo outro ou colocar barreiras para a objetivação, por exemplo, pode ficar em silêncio, omitir informações ou prestá-las de forma distorcida.

Neste estudo, o olhar científico permeou as vivências do cliente na implementação do cuidado humanizado, desde o primeiro **encontro** com a enfermeira, ou seja, no período pré-operatório imediato e no pós-operatório. Tentamos evidenciar este olhar científico na observação da equipe de enfermagem enquanto prestava assistência aos clientes.

Para ampliar meu olhar científico, busquei muitas vezes no prontuário dos clientes, dados na história clínica e de enfermagem, bem como informações em livros, na passagem de plantão ou com a equipe multidisciplinar.

Pude observar, que os clientes estão desinformados com relação ao que lhes vai acontecer, ou seja, o que vão vivenciar com a cirurgia, as atividades que terão que realizar, os cuidados no pré e pós-operatório. Questionei-me sobre o papel da enfermeira na Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário, um hospital que tem um número maior de enfermeiras, permitindo a presença deste profissional na Unidade durante 24 horas. Por que motivo estas informações tão essenciais aos clientes não estariam sendo realizadas? Acredito que novamente a técnica seja priorizada e as informações sejam relegadas a segundo plano, isto, acrescido de uma desinformação por parte da equipe de enfermagem, colabora para que esta face do cuidado seja desprezada. A enfermeira deixa, desta forma, um espaço vazio, que poderia estar sendo ocupado, fazendo a diferença na maneira de cuidar. De acordo com Pimenta (1998), investigar o conhecimento que o cliente e o cuidador possuem sobre a dor/doença e tratamento, bem como, suas expectativas, medos e fantasias é fundamental para minimizar a desinformação e esclarecer conceitos errôneos, pois estes podem ajudar a manter o quadro álgico e o inadequado manejo da dor.

Para Roza, 1980 (apud SANTOS; LUIS,1999), a enfermeira é responsável pela orientação do cliente que será submetido a uma cirurgia, sendo esta uma atividade de enfermagem que ameniza as preocupações e acepções errôneas, bem como previne complicações e estimula o cliente para o auto-cuidado. A autora conclui que a interação efetiva entre enfermeira e cliente influi na sua recuperação pós-operatória. Para Thelan et al (1996), os clientes que recebem explicação do que vai lhes acontecer quando serão submetidos a algum tipo de procedimento doloroso, sentem menos estresse e conseqüentemente uma real redução da percepção da dor.

Percebo que o cliente quando bem informado sobre o que vai lhe acontecer, participa mais ativamente do cuidado, fica menos ansioso, poderá estar-melhor, reduzindo com isto a

sua percepção da dor. Acredito, ainda, que o cliente informado cria no seu imaginário, menos fantasias, o que reduz seu estresse e sua percepção dolorosa. Neste sentido, vejamos algumas vivências que permearam o olhar científico no cuidado humanizado:

Quando cheguei ao quarto de **Tulipa**, ela estava deitada na cama. Já se passavam 4:00 horas da sua chegada do Centro Cirúrgico. Retornei para reavaliá-la, pois tinha se queixado de dor abdominal anteriormente e já havia recebido um analgésico, selecionado na prescrição e aplicado por mim. Aproximei-me dela e perguntei como se sentia. Sua filha estava o tempo todo ao seu lado. Respondeu-me, com uma expressão facial de dor, franzindo a testa:

“A dor na barriga do lado da cirurgia ainda não aliviou, também estou com vontade de urinar e está desconfortável...”

*Percebi que ela estava ficando também inquieta. Diante deste **chamado**, tentei **responder** procurando tranquilizá-la, me mostrando interessada e **presente**. Avaliei sua dor, que se localizava na região do hipocôndrio direito, era de média intensidade e relacionada à agressão cirúrgica. Ela não apresentava distensão abdominal naquele momento, o que poderia lhe conferir extremo desconforto e dor. Perguntei se gostaria de um outro analgésico, porque compreendi que o medicamento anterior não havia atingido um nível sérico efetivo para aliviar a sua dor.*

“sim, gostaria muito de um remédio, pois a dor está aumentando...”

*Apliquei novamente um analgésico prescrito, e procurei utilizar as manobras de abrir torneira, colocar bolsa de água quente em região suprapúbica, com o objetivo de fazer uma contração vesical para que ela urinasse, mas, não tivemos sucesso. Um pouco mais tarde, retornei ao quarto e propus a **Tulipa** que a colocássemos sentada na cama sobre a comadre para ver se conseguiria, urinar. Ela aceitou e finalmente urinou, relatando alívio e bem-estar, como detalharei posteriormente.*

Para MaCaffery, 1990 (apud BERNARDO, 2000), a responsabilidade do controle farmacológico da dor, é da equipe como um todo, sendo o médico, a enfermeira e o cliente as pessoas-chave, cada qual, com o seu papel distinto e importante. A enfermeira deve saber determinar a necessidade de administrar um analgésico, principalmente se este estiver prescrito “se necessário”, ou ainda escolher o analgésico apropriado quando mais de um

estiver prescrito. Enfatiza a importância da reavaliação da dor do cliente a intervalos regulares, em especial, após a administração das primeiras doses de medicamentos.

Percebo no cotidiano, que os clientes que são avaliados e reavaliados por uma enfermeira, técnico ou auxiliar de enfermagem que possui um cabedal de conhecimentos relativo ao fenômeno da dor em todas as suas dimensões, tem a possibilidade de vivenciar o pós-operatório com o mínimo possível de dor, evitando o sofrimento desnecessário e desumano. Na minha trajetória como enfermeira, vivenciei muitos momentos em que ao proporcionar aos clientes o alívio da dor no pós-operatório, percebia que estes ficavam serenos, tranqüilos, dormiam bem, realizavam as atividades propostas para a sua recuperação, como exercícios respiratórios, deambulação e outros. Percebia, sobretudo, que eles ficavam muito agradecidos pelo cuidado. A impressão que me passavam era a de que, para eles, eu estava fazendo algo de extraordinário me preocupando com a sua dor, como se não fosse um dever da enfermeira aliviar a sua dor e um direito deles não senti-la desnecessariamente. Ao vivenciar a implementação do cuidado humanizado com **Tulipa, Violeta e Cravo**, tive algumas vezes esta mesma impressão. Será que os clientes acreditam que sentir dor faz parte do pós-operatório?

*Seguindo a trajetória com **Tulipa**, percebi que a dor abdominal e a dificuldade para urinar elevaram a sua pressão sanguínea, o que contribuía para deixá-la mais ansiosa, aumentando com isto a sua percepção da dor. Reavaliei **Tulipa** mais tarde, perguntei como se sentia, ao que me respondeu mais serena:*

"Agora estou mais aliviada da dor na barriga, mais ainda não consegui fazer xixi. Será que eu consigo já ficar sentada? "

*Diante disto, perguntei se gostaria de tentar sentar na cama sobre a comadre, ela aceitou com certa insegurança. Mantive-me disponível para ajudá-la. Tentei tranqüilizá-la explicando como colocaríamos a comadre com ela sentada, e que, eu e sua filha, estaríamos juntas, para apoiá-la. Pareceu mais confiante. Finalmente ela conseguiu urinar. Pude, desta forma proporcionar o bem-estar à **Tulipa**.*

*Depois disto, **Tulipa** conseguiu dormir um pouco e seu nível pressórico baixou para 140/90 mmhg. Ela pode, desta forma, **estar-melhor** nesta situação vivida.*

O olhar científico na observação participante se desvelou com a ausência da enfermeira na avaliação e na reavaliação do cliente que referiu dor, contribuindo para o sofrimento desnecessário destes no pré e pós-operatório. Se desvelou ainda, na desinformação da equipe de enfermagem com relação ao processo da dor e aos medicamentos analgésicos se evidenciando em situações, onde o conhecimento empírico se sobrepôs ao conhecimento científico. Drummond (2000) considera possível que o descaso para o alívio da dor no pós-operatório se dê em parte pela desinformação sobre aspectos da dor. Neste sentido, acredito que oficinas de sensibilização da equipe com relação à vivência da dor, “um olhar intuitivo”, bem como oficinas de discussão sobre a dor, sua avaliação, mecanismos desencadeantes, formas de tratamento, medicamentos, enfim “um olhar científico”, contribuiriam para que todos pudessem “olhar” de forma mais completa o cliente que vivencia a dor no pós-operatório, promovendo o seu **estar-melhor**. Nesta perspectiva, observamos no cotidiano situações como estas, que relatamos a seguir:

A, 17 anos, sexo feminino, vivencia sua primeira cirurgia, estava em pós-operatório imediato de laparotomia exploradora. Ela se queixou de dor abdominal para o auxiliar de enfermagem e ele decidiu lhe administrar uma medicação analgésica endovenosa (dipirona) às 15:00h. São 15:40h, fui até o quarto de A e ela estava com o rosto bastante corado, a mãe me olhou ansiosa e disse: “ela está tão vermelha,” havia uma apreensão em seus olhos, assim como nos olhos de A e do irmão. Achei que estivesse com a temperatura elevada, mas não estava. Disse-me sem eu perguntar, “ ainda estou com bastante dor na barriga.” Perguntei se o auxiliar de enfermagem já havia voltado para falar com ela, me disse:

“ele esteve aqui no quarto e mediu a minha temperatura, disse que eu não tenho febre mas não perguntou nada sobre a minha dor.”

Percebemos aqui, que após 40 minutos a cliente ainda não foi **reavaliada** e sua queixa de dor continua a mesma. A enfermeira não avaliou em nenhum momento a cliente e às 17:00h a bolsista avisou o auxiliar de enfermagem que a cliente continua com dor. *A enfermeira, sentada no balcão central da Unidade, comenta em voz alta:*

“ ela está com dor direto”. Esta informação se baseava apenas na informação do auxiliar de enfermagem. Ela não foi ao quarto para realizar uma avaliação da cliente.

Após esta nova queixa de A, o auxiliar consultou a prescrição médica de tramal⁴ e comentou:

" eu não faço tramal em paciente assim nova, dá uma reação muito forte."

Observa-se aqui uma análise sem fundamentação científica, pois o tramal pode desencadear reações adversas tanto em adolescentes quanto em adultos. *O auxiliar consulta a prescrição médica e decide fazer a morfina que está prescrita "fazer se necessário", preparou e se dirigiu ao quarto de A, avisou-a que iria fazer outra injeção para dor, mas não questiona sobre sua dor. Para quebrar o silêncio comenta enquanto faz a injeção subcutânea:*

" tens que te mexer mais na cama, é por isto que estás com mais dor," e ela responde:

" mas eu estou me mexendo até agora..."

O auxiliar de enfermagem saiu do quarto e não falou mais nada para a cliente. Fora do quarto comenta comigo...

" estas adolescentes, sempre são assim, tem mais dor porque não se mexem no pós-operatório."

*A impressão que se tinha era de que o desconforto pela dor era tanto que A movia apenas os olhos, estava assustada. Seus acompanhantes olhavam sem nada dizer, mas continuavam apreensivos. Também aqui aparece uma análise sem embasamento científico, pois não há relação entre se movimentar na cama e a redução da dor ocasionada pela cirurgia. Na posição de observadora senti extremo desconforto por não poder proporcionar o alívio a A e seus familiares que sofriam junto com ela. A enfermagem não nutriu o **estar-melhor**, a dimensão intuitiva e científica do cuidado não aconteceram. O cuidado nesta situação de enfermagem se traduziu em algumas medicações analgésicas, mal selecionadas e por isto não efetivas.*

⁴ Tramal; cloridrato de tramadol – analgésico narcótico, indicado para dores moderadas e severas de caráter agudo, sub-agudo e crônico.

De acordo com Drummond (2000), a administração intermitente de analgésicos opióides deve ser sempre horária e jamais por demanda (aplicação se necessário-s/n) para que se possa manter uma concentração máxima plasmática do medicamento. Para ele, a eliminação definitiva da prescrição “se necessário” constituiria considerável avanço no controle da dor pós-operatória, sua eficácia é prejudicada, sobretudo, pela variação da concentração plasmática devido à aplicação irregular com intervalos prolongados, uma vez que “se necessário,” é entendido, freqüentemente, como o “mínimo possível”. Ao contrário do que preconiza este autor, neste estudo, observei que a prescrição médica de analgésicos segue um modelo padrão, sendo que a prescrição “se necessário” aparece em quase todas elas. Observei, que a morfina por via subcutânea tem sido prescrita nesta modalidade, ou seja, se necessário, para quase todos os clientes. Acredito que, a desinformação de algumas pessoas da equipe médica e de enfermagem, que, não raro, temem a dependência química aos opiáceos e a avaliação inadequada do cliente pela equipe de enfermagem, resultem na utilização “mínimo possível” da medicação prescrita “se necessário,” contribuindo para o sofrimento desnecessário dos clientes.

*Mais tarde retornei ao quarto, e A ainda estava com dor. Permanecia no leito, calada, assustada com expressão facial de dor. Ninguém voltou para **reavaliá-la**.*

Observamos nesta situação que não houve interação com a cliente e seus acompanhantes, os **chamados** de A não foram **respondidos**, pois não foram **escutados**. Seu bem-estar ficou comprometido, tendo que passar todo o período com dor. A enfermeira se mostrou ausente deixando de ocupar um espaço que é seu, quando não **avaliou** e **nem reavaliou** a cliente, permitindo que todo este processo fosse realizado pelo auxiliar de enfermagem.

Ainda com relação a este aspecto, percebemos muitas vezes, a atitude isolada dos técnicos e auxiliares, pois consultam a prescrição, decidem qual a medicação que vão fazer, algumas vezes participam à enfermeira, e esta, em muitas ocasiões concorda sem olhar a prescrição e/ou o cliente. Neste sentido, vejamos em algumas falas como esta avaliação pode estar inadequada:

“você já tomou a medicação antes, ainda não está na hora de fazer outra...” fala de um técnico de enfermagem mediante a queixa de dor abdominal intensa de uma cliente no primeiro dia de pós-operatório de colecistectomia. De acordo com Wrigth

(1989), as doses de analgésicos variam de acordo com a intensidade da dor do cliente e com a velocidade de metabolismo e absorção de cada droga, diferenças que precisam ser levadas em consideração em cada cliente. Se o cliente afirmar que sua dor não aliviou, a equipe de enfermagem não pode indiferentemente seguir a prescrição médica só porque “em geral é o que se prescreve”. Acredito que para um manejo adequado da dor dos clientes, a enfermeira mesmo não podendo prescrever, poderá usar adequadamente os medicamentos prescritos se necessário e poderá comunicar ao médico, a fim de que este modifique ou aumente as doses de analgésicos quando constatar a inadequação da medicação.

“ah! De novo chamando...ah! como ele é difícil...” fala do auxiliar de enfermagem se referindo a um cliente em pós-operatório tardio de laparotomia exploradora. Este cliente, apresentava também parestesia e paraplegia à direita e referia dor intensa, freqüentemente, em membro inferior esquerdo e em região sacra.

Acredito que, se a equipe de enfermagem possuísse conhecimento e entendimento dos múltiplos fatores que influenciam a percepção dolorosa, certamente teríamos um avanço no cuidado ao cliente que vivência a dor. Quando o fenômeno da dor não é compreendido pela equipe de saúde, observamos no cotidiano o que nos relata Wrigth (1989), com relação aos profissionais de saúde, que estes tendem a preferir os clientes que apresentam um grau de tolerância à dor mais elevado, e têm uma atitude crítica quanto ao cliente que exibe uma reduzida tolerância à dor. Algumas vezes, os clientes são rotulados como “clientes bons,” aqueles que toleram mais a dor e solicitam menos a equipe e os mais solicitantes são denominados “clientes-problema”. Ressalta que a finalidade de discutir as atitudes da enfermeira e equipe de saúde relativas à dor é para aumentar a percepção destes profissionais para com essas atitudes. Acredito que estar ciente disso, amplia a consciência de todos, a fim de evitar que o conhecimento inadequado sobre o tema, os mitos, os preconceitos, interfiram na eficiência do trabalho junto ao cliente que refere dor.

Segundo Pereira e Souza (1998a), a mensuração da dor constitui-se em desafio aos pesquisadores, levando-se em conta a subjetividade, a complexidade e a multidimensionalidade da experiência dolorosa. Salienta que alguns instrumentos foram criados para mensurar a dor, facilitando a comunicação entre o profissional e o cliente, procurando conhecer tanto a incidência, a duração e a intensidade da dor, como também, conhecer se houve alívio ou não da dor após as diferentes intervenções, sejam elas medicamentosas ou não. Acrescenta que dentre os instrumentos de mensuração de dor, são

mais utilizados aqueles que consideram o relato subjetivo do cliente como principal indicativo de sua dor. Neste sentido, enfatiza a importância de compreendermos a subjetividade da dor, quando avaliamos um cliente que a vivencia. Acredito que este seja um foco fundamental de conhecimento sobre a dor para que se possa proporcionar o estar-melhor aos clientes. Quando o conhecimento científico da equipe de enfermagem é insuficiente e inadequado nos depararemos com situações como esta, que relataremos a seguir, que só foi reparada pela preocupação do outro auxiliar de enfermagem em nutrir o estar-melhor. Vejamos, neste momento de observação da equipe de enfermagem:

" se estivesse com tanta dor, não dava para andar," fala de uma técnica de enfermagem a uma cliente no sétimo dia de pós-operatório de colecistectomia, que veio até o balcão central do setor, andando, para pedir uma medicação. Ela se queixou de dor abdominal intensa e súbita. Este momento foi relatado pela cliente. Ela referiu, ainda, que retornou desolada ao quarto e que após algum tempo um auxiliar de enfermagem foi avaliá-la, examinou seu curativo e o dreno tubular que estava em drenagem. Desta forma, percebeu que o dreno estava dobrado, impedindo a vazão do líquido, o que lhe conferia aquela dor súbita e intensa. Após ter posicionado adequadamente a conexão do dreno e ter se iniciado a drenagem, a dor cedeu sem necessidade de medicação analgésica.

De acordo com Waldow (1999), em muitas instituições observa-se na equipe de enfermagem, enquanto cuida do cliente, demonstrações de afetividade, paciência, carinho e respeito, porém em outras observa-se por parte da equipe, indiferença, intolerância, desrespeito e desconsideração. Nesta situação de enfermagem, acredito que prevaleceram, inicialmente, a indiferença, o desrespeito e a desconsideração pela dor e queixa da cliente. Posteriormente, a cliente pode estar-melhor, diante da intervenção e preocupação do auxiliar de enfermagem. Ressaltamos a importância da avaliação da cliente, que, sendo bem avaliada, pode ser bem cuidada, o que possibilita uma ação de enfermagem que nutra o **estar-melhor**.

De acordo com Paterson e Zderad (1979), a enfermagem é vista dentro de um contexto humano, é uma resposta confortadora de uma pessoa para outra em um momento de necessidade, que visa ao desenvolvimento do **bem-estar e do vir-a-ser**.

Contrapondo-se ao que se desvelou na observação participante, vejamos o olhar científico do cuidado humanizado que foi vivenciado, nesta situação de enfermagem com **Cravo**. *Optei por acompanhar os técnicos/auxiliares de enfermagem ao Centro Cirúrgico*

para buscar **Cravo** após a cirurgia, pois percebi a importância da minha **presença** naquela etapa de sua trajetória. Apesar de **Cravo** ter demonstrado bastante tranquilidade e coragem para enfrentar a cirurgia, em geral é nas primeiras horas de pós-operatório que os clientes mais se queixam. Ele foi para a cirurgia às 7:30h da manhã e retornou no período da tarde, por volta das 15:00. Ao lhe encontrar, perguntei como se sentia, ao que me respondeu:

"ah! estou com dor, com vontade de urinar e evacuar"

*Ele estava um pouco sonolento pelo efeito da anestesia. Enquanto o transportávamos procurei mostrar **presença** e tranquilizá-lo, informando que a cirurgia transcorreu bem, (esta informação a funcionária do Centro Cirúrgico, mais especificamente da sala de recuperação pós-anestésica, passa por telefone no momento que comunica a alta do cliente), que ele estava com uma sonda vesical de demora e que, provavelmente por este motivo, estava tendo a sensação de querer urinar. Informei que sua esposa o aguardava no quarto.*

*Conversei, novamente com a enfermeira do Centro Cirúrgico para saber mais detalhadamente, como havia transcorrido a cirurgia de **Cravo**, com a finalidade de melhor informar e tranquilizar cliente e esposa. De acordo com Van Dalfensen & Syrjala, 1990 (apud DRUMMOND, 2000), os maiores escores de dor estão de maneira direta, associados à ansiedade e ao medo. Pimenta (1998) enfatiza que a ansiedade do cliente, pode estar relacionada ao medo do desconhecido e à falta de informação podendo acarretar fantasias com relação ao seu futuro próximo. Acredita que estes aspectos podem ser minimizados com orientações adequadas. Em consonância com a autora, ressalto a importância do papel da enfermeira no manejo da dor, quando fornece informações e orientações ao cliente e família com o objetivo de aliviar o estresse e o medo do desconhecido.*

*Acomodamos **Cravo** no quarto e ele parecia ansioso, perguntei mediante sua queixa de dor, onde doía?*

"ah! A dor é na bunda, pois estou muito tempo nesta posição e também a vontade de evacuar."

Respondi que não poderíamos colocar a comadre devido ao esforço que ele teria que fazer para ficar deitado sobre ela. Um cliente obeso impossibilita uma mudança de decúbito completa para a colocação da comadre, tendo em vista que estava com uma incisão

abdominal mediana supra infra umbilical. Neste sentido, orientei que se precisasse poderia evacuar no leito. Não seria o mais confortável para ele, mas no momento era a alternativa.

" será que dava para virar um pouco, para ver se alivia a dor na bunda? ah! e também queria molhar a boca, está muito seca"...

*Diante deste **chamado**, procurei **responder** fazendo, com a ajuda de sua esposa, uma discreta mudança de decúbito para promover o seu **estar-melhor** naquele momento. Da mesma forma providenciei um copo com água e algumas gazes, e orientei a esposa que poderia molhar os seus lábios quando desejasse, porém ele não deveria engolir a água. A resposta de **Cravo** ao cuidado se manifestou na sua expressão verbal...*

"ah! Agora melhorou 100%, não estava dando para agüentar a dor na bunda"

...e na sua expressão corporal, se mostrando tranqüilo e dormindo um pouco. Posso enfatizar nesta vivência a importância de avaliarmos o cliente, pois poderíamos de imediato, supor que sua dor fosse na cirurgia e não era, sua dor e desconforto estavam sendo causados pela posição de decúbito dorsal prolongada. Pude neste olhar científico, proporcionar conforto, e um **estar-melhor** para **Cravo** no pós-operatório.

Da mesma forma se evidenciou o olhar científico do cuidado humanizado neste encontro com **Tulipa**. *No primeiro dia de pós-operatório imediato, pela manhã, depois de ter tomado banho de chuveiro, e eu ter realizado o seu curativo na incisão cirúrgica, saí do quarto e combinei de retornar mais tarde. Quando retornei, **Tulipa** estava deitada na cama com uma expressão facial de dor. Perguntei como estava se sentindo, ao que me respondeu:*

" Estou começando com dor novamente na barriga, será que tu podias me dar algum remédio para a dor, a noite elas me deram mais só nos horários, e eu senti dor, pois aliviava e voltava quando passava o efeito do remédio, e aí eu não consegui dormir direito."

Observei, neste relato de **Tulipa**, que o analgésico foi administrado em horário rigoroso, independente da queixa de dor da mesma. O analgésico prescrito se necessário não foi cogitado, possibilitando um sofrimento e ansiedade desnecessários durante a noite. Pimenta (1998) relata que a ansiedade elevada pode estar associada ao inadequado manejo

dos medicamentos analgésicos, (sob demanda e não em horários preestabelecidos) ou ao espaçamento máximo entre as doses, resultando em inadequado alívio da dor. No caso acima, observei um espaçamento máximo entre as doses de analgésico, não mantendo com isto um nível sérico inibitório ao estímulo doloroso.

Respondi à Tulipa com presença, avaliando a sua dor, tentando incutir confiança. Perguntei onde doía e como era a dor, me disse ...

" Estou com dor na barriga no lado da cirurgia, está começando a ficar mais forte." Já passei tanta dor lá na sala de recuperação da anestesia, aquela maca era muito desconfortável, e eu tinha que ficar de barriga para cima, aí começou também a dor nas costas pela posição, foi muito ruim."

Mostrei-me disponível para cuidar e nutrir um estar-melhor. Combinei com ela que iria consultar o prontuário e lhe administrar um analgésico. Assim fiz e retornei ao quarto, enquanto administrava o analgésico conversava tentando confortá-la, disse que provavelmente ela se sentiria melhor, mais aliviada para poder descansar, já que não havia dormido à noite. Para Wright (1989), a fadiga ou a dor persistente sem ser aliviada, podem influenciar a percepção de dor do cliente. Um cliente que tenha dormido pouco, pode perceber mais intensamente a dor do que um cliente bem repousado. Da mesma forma, quanto mais tempo persistir o estímulo doloroso maior será a percepção de dor do cliente, este por antecipação receia qualquer aumento da intensidade da dor. Desta forma, tentando promover um ambiente mais adequado para o sono, me aproximei da janela e fechei um pouco a cortina, nesta atitude, tentei diminuir a claridade e oferecer um ambiente mais tranquilo. Numa unidade de internação isto se torna um pouco difícil, pois o movimento de estudantes e profissionais de várias áreas é intenso e juntando-se a este fato, o quarto tinha quatro camas, o que dificultava ainda mais a obtenção de privacidade. Mas, de qualquer forma tentamos. Despedi-me e me coloquei à disposição se precisasse de alguma coisa. Ela me olhou e disse, com um leve sorriso:

" Obrigada tá! Será que tu podias dar uma olhada na minha pressão?"

*Concordei e verifiquei sua pressão arterial, esta se encontrava um pouco elevada (160/100 mmhg), pois **Tulipa** sempre demonstrava preocupação com sua pressão arterial, o que poderia, pela ansiedade gerada, aumentar efetivamente sua P.A*

*Após 40 minutos, retornei ao quarto para reavaliá-la. **Tulipa** estava dormindo. Sua filha que estava ao seu lado, veio conversar comigo e disse que ela estava bem mais aliviada e agora conseguiu dormir. Mais tarde, quando retornei para verificar a sua pressão arterial, esta já havia normalizado.* A dor aguda não aliviada desencadeia respostas neuroendócrinas que podem comprometer o sistema cardiovascular, o respiratório, o trato gastrointestinal e a mobilidade entre outros (PIMENTA, 1998). Neste sentido, observamos nesta cliente a pressão arterial elevada conseqüente ao aumento da dor. Respondi ao **chamado** de **Tulipa**, estando **presente**, acreditando em sua queixa e tentando aliviar a sua dor. Sua **resposta** foi ter referido o alívio da dor e ter tido um período de sono tranquilo, bem como a redução de sua pressão arterial. À tarde, quando retornei ao quarto para encontrá-la, esta me fez o seguinte relato sorrindo:

" hoje pela manhã quando tu me desse aquela injeção, dormi tão bem. Parecia que eu não tinha nada no meu corpo, parecia que eu não tinha feito nenhuma cirurgia."

Enfatizo a importância dos conhecimentos da equipe de enfermagem sobre a dor, para uma efetiva atuação. Acredito que sem estes conhecimentos é impossível participar efetivamente junto à equipe multidisciplinar no sentido de proporcionar aos clientes o cuidado humanizado. Humanizar a assistência de enfermagem é, também, e sobretudo, não deixar que os clientes vivenciem a dor no pós-operatório, desnecessariamente. No contraponto do olhar científico no cuidado humanizado e na atuação da equipe de enfermagem, percebemos que a falta de conhecimento científico relacionado ao processo de dor, à avaliação inadequada dos clientes e ao cuidado excessivamente técnico associado a uma relação impessoal com os clientes, contribuem para que estes clientes vivenciem um pós-operatório com mais dor e sofrimento.

5.3 A fusão do Olhar Intuitivo-Científico no Cuidado Humanizado e na Observação Participante

Esta terceira etapa envolve a compreensão da fusão dos "olhares intuitivo e científico." É a análise da experiência vivenciada pela enfermeira/cliente, tentando

compreender e abstrair os processos mais frequentes vivenciados pelos clientes, no que se refere à dor no pós-operatório. Da mesma forma, podemos abstrair da observação participante, como se deram os encontros da equipe de enfermagem/clientes que referiram dor no pós-operatório, nas situações do cotidiano daquela unidade.

Esta análise e as vivências das etapas anteriores, ou seja, o “olhar intuitivo” e o “olhar científico” foram registradas em um diário de campo, em forma de narrativa, juntamente com a observação participante ativa. Apresento no anexo-5 um recorte destes registros.

Em tese, nesta fase da trajetória, se inicia o processo educativo. Para Zampieri (2001b), a educação é um processo flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético, que é construído a partir das interações com os seres humanos, resultando numa troca de conhecimento e experiências onde todos aprendem e ensinam. Para a autora, o processo educativo no seu foco terapêutico, favorece o enfrentamento de situações de estresse e crise, proporcionando um viver mais saudável nas etapas da vida. Acredito que o processo educativo do cliente cirúrgico se constitui num foco terapêutico relevante, tendo em vista o momento de enfrentamento e gerador de estresse que caracteriza, em geral, a proximidade de uma cirurgia. Segundo Santos e Luis (1999), por menor que seja a cirurgia, ela representa para o cliente uma crise, chegando a desencadear um comportamento semelhante a uma situação traumática, visto que a hospitalização acarreta mudanças no cotidiano, gerando ansiedade.

Neste estudo, o processo educativo esteve presente sempre que se fez necessário, a partir das questões que emergiram das entrevistas realizadas com os clientes e dos **encontros** na implementação do cuidado humanizado. A enfermeira, neste processo educativo junto ao cliente que vivencia uma cirurgia e muitas vezes a dor, ensina e aprende compartilhando experiências, proporcionando a ambos o desenvolvimento de seu potencial para o **vir-a-ser-mais**, bem como o **estar-melhor** na situação de enfermagem vivenciada.

Desta forma vejamos um momento com **Violeta**:

*No período de pré-operatório, durante a entrevista, perguntei para **Violeta** o que ela gostaria de saber com relação aos períodos de pré, trans e pós-operatório, procurando neste sentido, cuidar- educar. **Violeta** me responde:*

" não sei nada sobre a cirurgia, não me falaram nada, só disseram que era para não comer..."

*Conversamos sobre a cirurgia e tentando buscar os conhecimentos que **Violeta** possuía de sua experiência passada, soube que já conhecia um Centro Cirúrgico, pois fez uma cirurgia de apendicectomia há 20 anos e uma cesárea há 13 anos. Orientei sobre os cuidados pré-operatórios, bem como o tempo de cirurgia e o tempo que permaneceria na sala de recuperação. **Violeta** escutava atentamente e questionava sempre que tinha dúvidas. Contou-me sobre sua experiência passada nas duas cirurgias:*

"Na cirurgia do apêndice, passei bem, foi tudo tão rápido que quando vi, já tinha acabado. Quando a gente é mais nova as coisas são mais fáceis, agora parece que a gente se entrega mais, tem mais sofrimento. Já na cirurgia de cesárea foi mais difícil, tive muito sangramento e a pressão baixou muito, tive que ficar 3 dias internada para a pressão melhorar, o bebê já estava morto. Sofri bastante, não foi nada fácil."

Fatores sociais e ambientais como a interação com familiares e amigos, estresse e sobrecarga ou privação sensorial, o seu passado cultural, bem como as suas crenças e experiências passadas influenciam na percepção da dor. Portanto, a situação em que a dor ocorre, também é significativa. Os clientes que recebem explicação do que vai ocorrer antes de serem submetidos a procedimentos dolorosos sentem menos estresse e conseqüentemente uma real redução da percepção dolorosa (THELAN et al, 1996). Nesta perspectiva, procurei estar presente esclarecendo dúvidas, orientando, pois percebi que **Violeta** já havia tido uma experiência desagradável nas outras cirurgias, além disto, estava sem acompanhante sinalizando muitas vezes a saudade que sentia de casa. Procurei me manter sensível a estes fatores, lembrando que eles influenciam a percepção da dor.

Neste trabalho, para que eu pudesse ter uma visão mais ampliada do todo, procurei cuidar buscando olhar intuitivo e cientificamente para os clientes. Assim, vivenciei a humanização do cuidado, e me percebi mais humana. Vivenciei o **fazer-com** e não somente o **fazer-por**.

Para Zampieri (2001a, P.76), “humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade.” Humanizar a assistência, envolve a humanização dos profissionais de saúde, ela depende das nossas atitudes, da nossa postura e de como interagimos com o outro.

Vejamos nesta situação de enfermagem como vivenciamos a fusão do olhar intuitivo-científico na implementação do cuidado humanizado e a necessidade do cuidar-educar. *Falamos aqui de **Cravo** que foi submetido a uma gastroplastia. No dia em que foi internado, ele pesava 157,000 kg e media 1,61 cm. Durante a entrevista no período de pré-operatório lhe perguntei o que gostaria de saber sobre a cirurgia e o que já sabia a respeito da mesma. Diz-me, a princípio parecendo satisfeito com a informação que tinha .*

“ Eu sei um pouco sobre a cirurgia”

Pergunto o que sabe?

“ sei que tenho que comer pouco depois da cirurgia, e que ela será amanhã.”

A única informação que **Cravo** e sua esposa tinham sobre a sua cirurgia era que teria que comer pouco no pós-operatório e a data da cirurgia. Kamiyama,1972 (apud SANTOS; LUIS, 1999), em um estudo, identificou que os clientes ao vivenciarem a hospitalização apresentam o medo do desconhecido como um dos problemas prioritários e outros como desconhecimento da doença, do tratamento, dos cuidados de enfermagem recebidos, da data da cirurgia, além da preocupação com o pós-operatório e a vida após a alta hospitalar. *Evidenciei os temores e a desinformação neste encontro com **Cravo**. Conversamos, **Cravo**, sua esposa e eu, por longo tempo sobre a cirurgia. Percebi que eles ficaram mais à vontade e muito curiosos. Ele me perguntou muitas coisas, dentre as quais:*

“ Quanto tempo dura a cirurgia?

“ Mas a gente não vê nada né! Não vou sentir dor durante a cirurgia, né!”

“ Vai precisar de lavagem? *Quando lhe digo que não ele responde*”ah!, ainda bem ,já estava ficando nervoso só de pensar”

Perguntei-me neste **encontro** com **Cravo**, como um cliente que seria submetido a uma cirurgia que requer inúmeros cuidados no domicílio, além dos tradicionais, como exercícios respiratórios, exercícios de dorsi-flexão dos pés, deambulação e outros, estava de tal forma desinformado. Esta desinformação, pode gerar ansiedade, estresse e aumentar a percepção da dor. De acordo com Morse (1998), as orientações e explicações devem ser dadas ao cliente com antecedência ao procedimento, para que o cliente possa processar as informações e se preparar psicologicamente, desta forma poderá aceitar melhor a situação que irá vivenciar. Nesta perspectiva, acredito que a atuação da enfermeira é de suma importância para a qualidade da assistência, para proporcionar o **estar-melhor** aos clientes e permitir que eles participem ativamente do cuidado.

Quando cuidamos, educamos, neste cuidar-educar, pude junto com **Cravo** e sua esposa, dialogar sobre o que era para eles uma cirurgia, uma sala de cirurgia, como iria para o Centro Cirúrgico, o preparo pré-operatório e os cuidados no pós-operatório, entre outros. Nesta relação, procurei deixar que expressassem o conhecimento que tinham por acreditar que toda pessoa acumula uma maior ou menor bagagem, a partir de suas vivências passadas. Não sendo, portanto, uma “caixa vazia”. Acredito que estas informações, este estar com **Cravo** e sua esposa, se refletiram positivamente quando observamos que **Cravo** vivenciou um pós-operatório sem dor e tranqüilo.

*Percebi que a esposa de **Cravo** expressava preocupação com a elaboração da dieta do esposo no domicílio. Fala-me:*

“só sei que a dieta tem que ser diferente e bem pouca.”

Percebi que no seu tom de voz havia preocupação, e completou ...

“ é, lá na nossa cidade tem uma mulher que fez esta cirurgia e comeu muito depois e....”

perguntei e.... ao que respondeu com tom de voz mais baixo:

“ela se foi.”

*Compreendi a necessidade de prestar informações aos dois, pois **Cravo** se mostrava mais calado e a esposa expressava a preocupação, provavelmente de ambos. Mostrei*

presença ao responder, prometendo que conversaria com a nutricionista e lhes daria as informações. Eu também não sabia corretamente, e informei-me com a enfermeira e a nutricionista de que forma ele deveria se alimentar no pós-operatório. Complementei dizendo que a nutricionista também daria as informações por escrito. Após termos conversado, eles pareciam mais calmos. Observamos também aqui o medo da morte, do desconhecido, que podem influenciar o **bem-estar** do cliente, bem como aumentar a sua percepção de dor.

No momento que me relacionava com a família e a equipe multidisciplinar se estabelecia a relação **EU-NÓS**. Para Paterson e Zderad, 1979 (apud GEORGE, 2000), as pessoas descobrem o significado em sua existência ao compartilharem e se relacionarem uns com os outros. É através deste compartilhar intersubjetivo que os seres humanos são confortados e nutridos. Para as autoras, é através da comunidade, deste relacionar-se uns com os outros que é possível tornar-se pessoa. Consideram a comunidade como o “**NÓS**” que ocorre quando nos relacionamos com a família, cliente, colegas de trabalho e outros. Neste momento, a relação **EU-NÓS** se deu com o cliente, esposa, nutricionista e a enfermeira, para nutrir o **bem-estar** de **Cravo**.

A fusão dos olhares intuitivo-científico permite à enfermeira analisar a experiência vivenciada. Nesta vivência, pude perceber que os clientes precisam ser vistos em sua multidimensionalidade, se queremos prestar um cuidado humanizado. A enfermeira, junto com sua equipe, precisa ver através do “coração” e de seus conhecimentos científicos relacionados ao processo doloroso no pós-operatório, para que possa **responder** aos **chamados** de ajuda dos clientes e nutrir o **estar-melhor**. Quando perguntamos, na entrevista, como gostariam de ser cuidados no pós-operatório, as respostas de **Violeta, Cravo e Tulipa** foram unânimes, quando manifestavam que: gostariam de alguém para ajudá-los, pois ficariam dependentes temporariamente, não gostariam de sentir dor e que gostariam de ser cuidados com carinho e atenção, como indicam as falas abaixo:

“Sei que as pessoas vão cuidar bem de mim. Por exemplo, se começar a doer e eu chamar, e se alguém puder me dar um remédio... se alguém tomar uma providência já serei bem cuidado” **CRAVO**.

“Gostaria de alguém para me ajudar a ir ao banheiro, alguém que me desse atenção, pois sei que não poderei virar-me sozinha. Credo se tivesse alguém eu

agradeceria até a Deus. Se eu tiver dor, gostaria que me tirassem a dor, não quero mais sentir dor, como agora estão tirando a minha dor com estes “calmantes” (se referindo aos analgésicos que está recebendo), também vão tirar a dor depois da cirurgia, espero que seja assim” VIOLETA.

“ Gostaria que, sempre que chamasse na campainha viesse alguém rápido; que eles fizessem uns pontos bem feitiños para não ficar muito feia a barriga.; sei que não vou poder fazer as coisas, gostaria que me ajudassem quando eu precisar; gostaria de um remédio se eu sentir dor; Gostaria que alguém ficasse direto aqui comigo, mais sei que isto é impossível, mas a minha filha vem para ficar comigo; gostaria de ser cuidada com carinho, pois quando um paciente é cuidado com carinho, por mais doente que ele esteja, sempre se sente confortado. Acho que as pessoas que cuidam de doentes deviam cuidar assim, mas nem sempre é assim que cuidam, né! TULIPA.

Humanizar a assistência é fundir o olhar intuitivo-científico, para que possamos entender as várias facetas da experiência dolorosa. Concordo com Oliveira (1998, p.57), quando diz:

infelizmente na enfermagem estamos mais propensos a utilizar o diálogo científico, sendo que estamos eliminando do nosso dia-a-dia a percepção, preocupados que estamos em ser uma profissão científica, onde buscamos pensar através do raciocínio lógico e formal, esquecendo da sensibilidade, primordial no trato com o ser humano, o qual é adquirido somente através de muita concentração, disponibilidade, amor e respeito pelo outro e por si mesmo.

Neste sentido, acredito que o olhar científico é fundamental para a atuação da equipe de enfermagem, porém ele não pode estar sozinho, desvinculado do olhar intuitivo, preservando assim o caráter humano do cuidar. É na fusão destes olhares que poderemos ampliar, compreender e respeitar a vivência de cada cliente. Na observação participante da equipe de enfermagem, observei uma atuação essencialmente tecnicista, permeada por uma relação impessoal com os clientes e familiares. A sensibilidade, a solidariedade estão adormecidas, desta forma, não observei a fusão dos olhares intuitivo-científicos, pois o cuidado aparece no seu enfoque técnico, muitas vezes equivocado e desprovido do

conhecimento científico. Acredito que é possível e desejável avançar em direção a uma mudança de paradigma, para que o cuidado seja humanizado.

6. A DIMENSÃO TEÓRICA E PRÁTICA DOS CONCEITOS

Segundo Lauffrey e Brouse (1983), o termo enfermagem humanística (E.H) designa os fundamentos e significados humanos da enfermagem. A Enfermagem Humanística é considerada um **diálogo vivo**, pois envolve **o encontro, a presença, o relacionamento, um chamado e uma resposta**. Paterson e Zderad (1979) elegeram os elementos do sistema que são: o ser humano, cliente/enfermeira unidos em uma transação intersubjetiva, (o diálogo, a relação), com um fim determinado (a saúde), que ocorre no tempo e no espaço (o ambiente), em um universo de seres humanos e coisas.

Seguindo a trajetória, farei neste momento uma reflexão dos conceitos após ter vivenciado este estudo. Apesar de apresentá-los aqui, separadamente, na realidade eles estão inter-relacionados.

O SER HUMANO, na prática da enfermagem humanística, é visto como único, necessariamente relacionando-se com outros seres humanos, no tempo e no espaço, sendo a interdependência inerente à condição humana. A existência humana é a coexistência, e é através do relacionamento com os outros que o ser humano torna-se pessoa, e ainda permite a atualização da individualidade única de cada pessoa. Caracterizam-se por serem capazes, possuírem valores, abertos a opções, que pedem e dão ajuda (PRAEGER, 2000). O ser humano diferencia-se de outros seres, porque é capaz de conhecer a si e ao seu mundo interior e ter a capacidade de auto reflexão. É através de seu corpo, que ele interage com o mundo de seres humanos e coisas, afetando e sendo afetado por ele. Através deste mundo objetivo, desenvolve seu próprio mundo privado que é único (PATERSON E ZDERAD,1979, apud MELEIS,1985).

Na minha concepção, o ser humano é único, possui imaginação, linguagem, e capacidade de abstração, tem sensações, emoções, é um sistema aberto, relacionando-se

consigo, com o outro, (família, profissão, amigos, religião) e com o ambiente que o cerca, influenciando e sendo influenciado. É um ser que tem direitos e deveres civis, é cheio de possibilidades, indo em direção ao ser-mais, podendo fazer suas próprias opções.

Neste estudo, os seres humanos são a enfermeira que cuida e o cliente que foi submetido a uma cirurgia e estava internado na Clínica Cirúrgica I, bem como, a equipe de enfermagem que foi observada enquanto cuidava dos clientes que referiram dor no pós-operatório.

Esta interação enfermeira/cliente se deu no pré-operatório imediato e no pós-operatório. Este cliente é um ser único, vivenciando um momento de internação e de cirurgia, estando fora de seu ambiente familiar, ambiente de trabalho e longe dos amigos. É um ser que tem recordações de vivências relacionadas à dor e antecipações deste futuro próximo no hospital, que é a cirurgia e que vão influenciar sua percepção da dor.

A enfermeira é, também um ser único com suas experiências de vida, que tem aqui um compromisso intencional de prestar um cuidado humanizado ao cliente que vivencia a dor no pós-operatório, promovendo o **estar-melhor** para este cliente.

A implementação de um cuidado humanizado propiciou uma relação EU-TU com os clientes, isto é, considerando-os como sujeitos. Neste sentido, me apresentava, quando, no primeiro encontro, os convidava para participar do trabalho, bem como explicava como seria desenvolvida a prática. Vejamos, na fala de **Violeta**, ao aceitar participar:

" eu quero, sim, participar do teu trabalho, ajudarei no que for preciso, eu acho muito importante este assunto de dor que tu escolheste para trabalhar..."

O cliente considerado como sujeito compartilha do cuidado, fica menos ansioso, menos estressado, o que conferirá uma menor percepção da dor e um **estar-melhor** na situação de enfermagem que se encontra. O conhecimento, acerca do que vai lhe acontecer, se constitui num agente facilitador para a sua efetiva participação no pós-operatório.

Da mesma forma, os considere como seres únicos, vivenciando uma experiência ímpar como a cirurgia e a internação, quando ouvia seus enfrentamentos para a cirurgia, os medos, a saudade sentida pela distância dos familiares, ou quando os orientava com relação ao horário da cirurgia, o preparo pré-operatório e as informações que solicitavam quanto à

cirurgia, ou como seria o pós-operatório. Neste sentido, entendia que cada um vivencia seu mundo de forma particular, não podendo, portanto, ser banalizado e padronizado como “igual para todos”. Considerei o cliente como um ser que tem direitos e deveres, quando escutei e atendi seus chamados por ajuda ao pedirem alívio para sua dor, entendendo que ele tem o direito de não sofrer desnecessariamente. Neste sentido, vejamos um chamado de **Tulipa**:

“ Estou com dor na barriga no lado da cirurgia, está começando a ficar mais forte.”

E depois de ter sido cuidada e estando melhor com o alívio da dor, me diz:

“ hoje pela manhã quando tu me deste aquela injeção, dormi tão bem. Parecia que eu não tinha nada no meu corpo, parecia que eu não tinha feito nenhuma cirurgia”

Na observação participante do cuidado ingênuo da equipe de enfermagem, desvelamos um cliente sendo concebido como um “objeto do cuidado”, seus chamados não são entendidos, e atendidos, e, desta forma, as respostas da equipe de enfermagem são essencialmente técnicas, desconsiderando a multidimensionalidade do ser e de sua vivência única. Neste sentido, os clientes vivenciam desnecessariamente a dor, sendo ignorada a sua capacidade de optar e escolher, bem como, ser respeitado no seu mundo privado, pessoal e único.

Neste sentido vejamos esta situação de enfermagem:

A cliente E está no seu 18º dia de pós-operatório de colecistectomia, tendo se reinternado na Unidade com uma suspeita de pancreatite. Eram 14:30 horas, do dia 18/06/01, quando uma acadêmica de enfermagem chegou ao balcão central do setor e avisou para uma técnica de enfermagem que a cliente estava referindo dor. Eu estava por perto, e prontamente me dispus a iniciar a observação. A técnica de enfermagem disse que E não estava sob a sua responsabilidade naquela tarde, mas como a responsável não se encontrava no setor naquele momento, ela pegou a prescrição médica, e, sem conversar ou avaliar a cliente, decidiu fazer uma injeção de tramal. Ela comunicou à enfermeira que iria fazer a medicação, e esta acatou a decisão, mesmo sem ter avaliado previamente a cliente. Ao chegar ao quarto, E estava com uma expressão facial de dor e sofrimento, as quatro

peessoas que estavam lhe acompanhando naquele momento, estavam, igualmente, apreensivas e com expressão de preocupação. A técnica de enfermagem chegou e avisou:

" vou fazer uma injeção para a dor ..."

Enquanto aplicava a medicação, a técnica não olhava para a cliente e seus familiares. Sem questionar o tipo, a localização, a intensidade da dor, ou fazer qualquer interação com a cliente, se limitou a olhar para o soro, para a conexão do equipo onde estava injetando o medicamento. Ela mexia na conexão do soro como se quisesse arrumar alguma coisa, e saiu do quarto sem dizer uma só palavra. Caracteriza-se, assim, o cuidado puramente técnico, onde o ser humano é visto como um "objeto", um número. Quando a responsável pela cliente chegou ao setor, a técnica lhe comunicou:

" adiantei o tramal da 529-3, que estava com dor."

Nesta situação de enfermagem, a cliente não foi reavaliada durante toda a tarde, e, às 18:00 horas, estava gemendo de dor. Observamos que não houve uma interação com A, sequer lhe dirigiram algumas palavras de conforto, durante a aplicação da medicação. Não sendo reavaliada, sofreu durante o período da tarde, sendo tolhido seu direito de não sentir dor. Este exemplo, é a própria contradição do conceito de ser humano. A compreensão de ser humano, implica em ver o cliente como um ser único, um sujeito que precisa ser cuidado para que possa **estar-melhor**.

A ENFERMAGEM é vista dentro do contexto humano. É uma resposta confortadora de uma pessoa para outra, em um momento de necessidade, que visa ao desenvolvimento do bem-estar e do **vir-a-ser** (potencial humano). A Enfermagem Humanística está estruturada tendo como elementos os seres humanos que são a enfermeira e o cliente, que se encontram para um **vir-a-ser**, numa transação intersubjetiva, onde a enfermeira vivencia o **estar-com** e o **fazer-com**, com uma meta que é a de proporcionar o **bem-estar** e o **estar-melhor** ao cliente (PRAEGER, 2000). A fim de usar esta estrutura para a prática de enfermagem, Paterson e Zderad sugerem três conceitos que, juntos, proporcionam a base da enfermagem: o diálogo, a comunidade e a enfermagem fenomenológica.

A enfermagem é vista como um diálogo vivo. É uma forma de se relacionar criativa entre a enfermeira e o cliente. As pessoas necessitam da enfermagem e as enfermeiras necessitam atender. A enfermagem é uma experiência intersubjetiva, onde existe um

verdadeiro compartilhar. Nesta transação intersubjetiva, enfermeira e cliente participam necessariamente dos acontecimentos, e, desta forma, são interdependentes, porém, são sujeitos, isto é, cada um é dono dos seus próprios atos, neste sentido, ambos são independentes. (PATERSON; ZDERAD, 1979, 201).

Envolvidos, neste **diálogo**, estão o **encontro**, o **relacionamento**, a **presença** e os **chamados e respostas**:

O **encontro** é caracterizado pela expectativa de que haverá uma enfermeira para cuidar e alguém para ser atendido. Pode ser influenciado por sentimentos que surgem pela antecipação do encontro, a quantidade de controle que a enfermeira e o cliente tenham, a exclusividade da enfermeira e do cliente, e a decisão de abertura ou de fechamento com o outro (PRAEGER, 2000). Neste sentido, vejamos um **encontro** com **Tulipa**, no primeiro dia de pós-operatório. *Às 8 horas, ao chegar ao seu quarto, cumprimentei as outras clientes que estavam internadas também naquele quarto e me aproximei de Tulipa, e, enquanto caminhava em sua direção, ela me disse, sorrindo:*

" estava mesmo dizendo, será que a minha enfermeira vem para me cuidar hoje?"

Tulipa tinha a expectativa de ser cuidada por mim, conforme tínhamos combinado no dia anterior. Ela se mostrava aberta e receptiva, e não quis que a técnica de enfermagem lhe cuidasse, conforme expressou em sua fala:

"Já me disseram para eu tomar banho de chuveiro, credo, querem que eu desmaie no chuveiro, eu disse que eu não quero tomar banho de chuveiro."

No **encontro** com a técnica de enfermagem, ela se fecha e não aceita o cuidado, pois já tinha a expectativa de ser cuidada por mim. Eu me mantive aberta e presente para vivenciar com **Tulipa** seu primeiro dia de pós-operatório, da mesma forma **Tulipa** se manteve aberta e receptiva para o cuidado.

O processo de **fazer-com** e **estar-com** o cliente, é o **relacionamento**. Este ocorre de duas formas: a relação sujeito-sujeito e a relação sujeito-objeto. O relacionamento sujeito-sujeito, ou a relação **EU-TU**, descrita por Buber (1974), ocorre quando duas pessoas estão abertas uma para outra de forma completamente humana. A relação **EU-ISSO** ou relação

sujeito-objeto, refere-se a como podemos usar os objetos para conhecer outros através de abstrações, conceituações, categorizações e outros.

Paterson e Zderad (1979) referem-se a esta relação como científico-objetiva, enfatizam que, através dela, podemos obter algum conhecimento sobre uma pessoa, porém somente através da relação sujeito-sujeito, da intersubjetividade, podemos conhecer uma pessoa em sua individualidade única. Para elas, os dois tipos de relacionamento são essenciais para o processo de enfermagem clínica.

Acredito que vivenciar uma relação sujeito-sujeito com o cliente é essencial quando buscamos um cuidado humanizado. Nesta situação de enfermagem, que descrevo a seguir, considere o cliente como sujeito, quando deixei que ele expressasse suas expectativas com relação à cirurgia, ao período de pré-operatório ou ainda como gostaria de ser cuidado no pós-operatório, entendendo que é um ser único, que tem direitos e o desejo de **estar-melhor** durante toda a internação e no pós-operatório, se vivenciar a dor. Assim, vejamos como se expressou **Violeta** ao perguntarmos qual sua expectativa para a cirurgia:

“ Tenho vontade de fazer logo a cirurgia, espero que eu fique boa. A princípio fiquei com medo de vir para o hospital sozinha, mas o atendimento é bom, melhor não precisa. Agora não estou sentindo mais tanta dor, também com tanto soro e remédio...Quero fazer logo a cirurgia, pois já estou aqui desde quinta-feira e o meu filho ficou em casa sozinho, ele trabalha o dia todo e não tem como fazer sua comida.”

Deixar que o cliente expresse seus medos, mostrar **presença**, fortalece a relação equipe de enfermagem/cliente. Sentir a presença genuína da equipe, num ambiente estranho como o hospital, favorece a interação com os clientes e seus familiares.

A forma de relação EU-ISSO, ou sujeito-objeto, aparece quando a equipe de enfermagem usa seus conhecimentos científicos, consulta exames, prontuários, com a meta de proporcionar o **estar-melhor** para o cliente. Vivenciei esta relação sempre que, ao ouvir os **chamados** por ajuda dos clientes que referiram dor, procurei **responder com presença**, me mostrando sensível à vivência do cliente e disponível para proporcionar o alívio da sua dor. Vejamos na fala de **Tulipa**, como ela pôde experimentar o **estar-melhor**, após a avaliação e a

intervenção da enfermeira, quando referiu dor intensa em hipocôndrio direito (no local da cirurgia). Quando passei pelo seu quarto à tarde e perguntei como se sentia, ela me respondeu, sorrindo:

“ hoje pela manhã, quando tu me deste aquela injeção, dormi tão bem. Parecia que eu não tinha nada no meu corpo, parecia que eu não tinha feito nenhuma cirurgia”

Tulipa apresentava uma expressão facial de tranquilidade e de **bem-estar**.

Na observação participante da equipe de enfermagem, enquanto atuava junto aos clientes que referiram dor, desvelamos uma relação sujeito-objeto, no sentido de considerar o cliente como um “objeto” do cuidado. O cuidado se concretiza num **fazer-por** e não no **fazer-com**, que nem sempre tem a preocupação de cumprir a meta de proporcionar o **estar-melhor**. Neste sentido, ressalto a expressão de uma técnica de enfermagem, ao responder a uma cliente no primeiro dia de pós-operatório de colecistectomia, quando esta referiu dor abdominal intensa. Após este pedido de ajuda, a técnica lhe diz:

“ você já tomou a medicação antes, ainda não está na hora de fazer outra”

Observamos, nesta situação de enfermagem, o modelo de cuidado impessoal. Parece não interessar muito se a cliente, na sua singularidade, apresentou alívio da dor. Naquele horário não tem medicação, então a cliente continua a sentir dor. Sabendo-se que quanto maior a intensidade da dor, mais difícil será de controlá-la posteriormente, entendemos que esta não é uma atitude que favoreça o alívio da dor.

A **presença** refere-se à qualidade de estar aberto, receptivo, disponível para a outra pessoa. A enfermeira e os clientes, neste diálogo vivo, **chamam e respondem** um ao outro de maneira verbal e não verbal. Estes **chamados e respostas** são transacionais, sequenciais e simultâneos. É através dos atos de enfermagem que o diálogo é vivido. Este encontro não é um encontro fortuito, mas um encontro no qual existem um **chamado** e uma **resposta** intencionais (PATERSON; ZDERAD, 1979). Durante toda a prática assistencial, procurei ser **presença** genuína, enquanto compartilhava as diversas situações de enfermagem com os clientes, procurando olhá-los de maneira intuitiva e científica. Esta **presença** se manifestou na fala de **Tulipa**, ao nos despedirmos no dia de sua alta. Agradei por ela ter participado do trabalho, reiterando que foi muito importante a sua contribuição, ao que me respondeu:

" Eu é que te agradeço por teres estado comigo, eu nunca vou esquecer como tu me ajudaste, desejo que dê tudo certo para ti, e boa sorte no teu trabalho."

Nos **chamados e respostas** há a expectativa de que haverá alguém para cuidar e alguém para ser cuidado, **Violeta chama** quando se **encontra** comigo, no momento da realização do curativo, no primeiro dia de pós-operatório:

Quando fui iniciar o seu curativo, após o banho me pediu:

" Faz com cuidado, para não me machucar, aí está tudo dolorido no local da operação."

E após ter realizado o curativo ...

"Amanhã tu vens também cuidar de mim? Gostaria que tu também fizesses o meu curativo, gostei muito do teu cuidado."

Confirmei que viria lhe cuidar no outro dia também, conforme tínhamos combinado.

Violeta estava ansiosa no momento que fui fazer o curativo cirúrgico, tinha medo de sentir dor. O seu **chamado** é **verbal**, quando pede para que eu faça o procedimento com cuidado e **não verbal**, quando se mostra ansiosa e preocupada no momento que inicio o procedimento. Eu **respondi** tentando tranquilizá-la, prometendo que faria o curativo com o máximo de cuidado. **Violeta responde** novamente quando se mostra mais tranquila, e chama as colegas de quarto para olharem sua incisão cirúrgica, bem como, quando agradece e solicita que eu venha no outro dia.

Para **responder** aos **chamados**, por ajuda das clientes, é preciso estar **presente**, mostrar-se disponível, incutir confiança. Foi desvelado na observação da equipe de enfermagem que estes **chamados** muitas vezes não são ouvidos e em consequência as **respostas** não são aquelas que nutririam o **estar-melhor** dos clientes. Vejamos nesta situação:

A tem 17 anos, foi submetida à primeira cirurgia de sua vida, uma laparotomia exploradora. Estava no período de pós-operatório imediato. Pediu ajuda ao técnico de enfermagem, pois

*estava com dor abdominal. Ele **respondeu** com uma medicação que não surtiu efeito satisfatório. Novamente, chamou, durante a tarde, pedindo ajuda a uma acadêmica de enfermagem, e, posteriormente, ao técnico de enfermagem, que lhe fez outra medicação sem avaliá-la ou reavaliá-la. A permaneceu toda a tarde com expressão facial de dor, assustada, inquieta junto com seus familiares, que estavam igualmente apreensivos. A não pôde **estar-melhor** naquela situação de enfermagem, pois faltou a interação com a equipe, a **presença**, para que pudessem entender seu momento ímpar e seu **chamado** por ajuda.*

Segundo Paterson e Zderad (1979), as pessoas descobrem o significado em suas existências, ao compartilharem e se relacionarem entre si. É através deste compartilhar intersubjetivo que os seres humanos são confortados e nutridos. Para as autoras, é através da **comunidade** deste relacionamento uns com os outros, que é possível tornar-se pessoa. Consideram a comunidade como o **NÓS**, que ocorre quando nos relacionamos com os clientes, a família, colegas de trabalho e outros. Neste trabalho, a relação **EU-NÓS** apareceu sempre que me relacionei com os familiares e amigos dos clientes, com a equipe de enfermagem e com outros profissionais como médicos, médicos residentes, nutricionista, assistente social e outros.

Neste sentido, o encontro da enfermeira/cliente na situação de enfermagem foi direcionado para proporcionar um cuidado mais humanizado àqueles que vivenciaram a dor no pós-operatório. Neste contexto, foi a resposta da enfermeira aos chamados dos clientes que referiram dor. A enfermeira respondeu, proporcionando um cuidado humanizado, quando entendeu a vivência da dor em toda sua complexidade e neste estar-com e fazer-com proporcionou o “estar-melhor” para os clientes.

Segundo Paterson e Zderad (1979), as pessoas vivem em dois mundos, o interior e o mundo objetivo de pessoas e coisas. Neste **AMBIENTE**, a aceitação e a sinceridade do mundo interior do outro são essenciais para uma verdadeira interação entre as pessoas. No momento em que duas pessoas compartilham uma situação, os objetos realçam ou inibem a interação pessoa-pessoa, devido aos diferentes significados atribuídos a eles por cada pessoa.

O tempo é vivenciado no mundo real, não somente como um tempo medido, mas como um tempo vivido pelo cliente e enfermeira, nos seus respectivos mundos privados. O tempo medido e o espaço vivenciado por duas pessoas afetam o diálogo humano. Realmente estar com o outro, envolve conhecer o outro, naquele espaço vivido. Quando a interação e o

diálogo entre ambos é verdadeiro e intersubjetivo, ocorre uma sincronia entre este tempo privado e tempo compartilhado. Enfermeira e cliente vivenciam uma harmonia com o ritmo do diálogo ou fluxo do tempo, e marcam seus **chamados** e **respostas** de um ao outro (LAUFFREY; BROUSE, 1983). O espaço vivido e o tempo vivido estão inter-relacionados.

Neste referencial, o mundo objetivo de pessoas e coisas é formado pelo espaço físico da CCR I, no qual o cliente fica inserido durante a internação. Este ambiente, familiar para a equipe de enfermagem, é para o cliente um ambiente estranho, onde tudo é novidade. O quarto, com dois ou com quatro leitos, tolhe o cliente e seu acompanhante da privacidade. Em alguns momentos, como quando vivencia a dor e o desconforto, necessitaria de silêncio, ou uma diminuição da luminosidade, propiciando um ambiente mais tranquilo. A mobília, o movimento intenso de pessoas, os ruídos, os horários diferentes dos vivenciados no cotidiano, são elementos que, somados, influenciarão a vivência e a percepção da dor destes clientes. A interação e a intervenção da equipe de enfermagem, desde o momento da internação, podem contribuir para o **estar-melhor** do cliente. Acredito que este ambiente possa ser desvelado ao cliente e se tornar menos ameaçador, quando o acolhemos demonstrando presença, quando orientamos sobre o que lhe vai acontecer, ou quando, no pré-operatório, explicamos como será sua trajetória até o Centro Cirúrgico, enfatizando as características daquele ambiente, bem como algumas particularidades do pós-operatório. Procurei, desta forma, viver este tempo com os clientes no **ambiente** hospitalar, proporcionando a sua integração, pois acredito que esta também é uma maneira de humanizar o cuidado.

A **SAÚDE**, o **CUIDAR** e o **EDUCAR** foram tratados conjuntamente, por entender que são conceitos interdependentes e, portanto, devem ser discutidos concomitantemente.

A **SAÚDE** é descrita como mais do que a ausência de doença, é vista como um assunto de sobrevivência pessoal, como uma qualidade de vida e de morte. As pessoas têm um potencial para **estar-bem**, mais também para **estar-melhor**. Para Paterson e Zderad (1979), **bem-estar** significa um estado regular, ao passo que **vir-a-ser** refere-se a estar num processo de tornar-se tudo que é possível humanamente. Para as autoras, nos tornamos mais ao nos relacionarmos com os outros, quando esta relação é autêntica, estamos experimentando saúde. Desta forma, a saúde pode estar no desejo do indivíduo de estar aberto para as experiências da vida, independentemente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional.

O cliente, quando vivenciou a dor no pós-operatório, pôde **estar-melhor** nesta experiência, quando a enfermeira ao se relacionar humanisticamente proporcionou o alívio de sua dor. O cliente e a enfermeira também experimentam **saúde**, quando, numa relação intersubjetiva, podem **estar-com** e **fazer-com** buscando neste cuidar-educar o potencial que todos os clientes tem para o **vir-a-ser-mais**.

O CUIDAR-EDUCAR são comportamentos, atitudes e valores vividos no cotidiano das pessoas, e dizem respeito ao ser do homem. O homem é um ser do cuidado, da cura e da preocupação. A vida humana é cuidado, o ser humano é cuidado e preocupação (SANTIN, 1998).

Em consonância com Santin (1998), Boff (1999b, p.33) conceitua o cuidado como:

o que se opõe ao descuido e ao descaso. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude, portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O ser humano é um ser do cuidado e sua essência se encontra no cuidado, ele necessita de cuidado ao longo de sua trajetória de vida, do nascimento até a morte. Ele é um ser-no-mundo-com- outros, sempre se relacionando, ocupando-se e preocupando-se com as pessoas e as coisas, dedicando-se àquilo que lhe importa (BOFF,1999).

Concordo com Santin (1998) e Boff (1999), pois acredito que na enfermagem o cuidado não é diferente. A equipe de enfermagem e cliente necessitam, enquanto existirem, de cuidado. Neste **encontro**, em que proponho um cuidado humanizado, o cuidado do cliente que estava internado na CCR I e que vivenciou a dor, foi realizado com **presença**, onde se estabeleceu uma relação intersubjetiva, procurando incutir a confiança e a possibilidade de **estar-melhor**. Este cuidado foi realizado com destreza e conhecimento científico para que fosse seguro e eficaz, e foi realizado com carinho, pois durante toda a trajetória me mantive sensível à condição humana. O cuidado de enfermagem é também permeado de educação, a enfermeira enquanto cuida, ensina e aprende num movimento horizontal.

Conforme Salum (2000), as pessoas buscam o ser mais através da educação. A relação entre educador e educando deve ser horizontal, na qual ambos mantêm um diálogo, posicionam-se e buscam, como sujeitos, a troca de conhecimentos e superação das desigualdades.

A prática de enfermagem é permeada de educação, a todo momento nos deparamos com situações, em que se faz necessária a educação. Com a meta de proporcionar um **estar-melhor** aos clientes na situação que se encontram, trilhamos um caminho que inevitavelmente aborda a educação.

O cliente e a enfermeira experimentam **saúde** na relação intersubjetiva, podendo, neste **estar-com** e **fazer-com, cuidar-educar**, possibilitando aos clientes desenvolverem o seu potencial de **vir-a-ser-mais**. Neste sentido, a **saúde** e o **cuidar-educar** não estão imbuídos do caráter puramente técnico, mais, sim, de um novo olhar com o qual o ser humano é visto na sua multidimensionalidade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorrer esta trajetória junto aos clientes que referiram dor, ora atuando efetivamente prestando um cuidado humanizado, ora observando a equipe de enfermagem, enquanto cuidava dos clientes, não foi tarefa fácil. A vivência da dor aflige não somente quem a sente, mas também quem participa deste sofrimento. Neste contexto, os participantes são os familiares e a equipe de enfermagem quando juntos, compartilham este momento.

Neste estudo, procurei responder à seguinte questão norteadora: **de que forma a equipe de enfermagem atua diante da dor do cliente cirúrgico?** Tendo como objetivo, **analisar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos clientes que vivenciaram a dor em uma Unidade Cirúrgica à luz da Teoria Humanística proposta por Paterson e Zderad.**

Implementar as etapas da metodologia da Teoria Humanística, quais sejam, conforme as denominei, **o olhar intuitivo, o olhar científico e a fusão dos olhares intuitivo e científico**, suscitou uma reflexão sobre a prática de enfermagem e a minha própria prática. Nesta trajetória, pude compreender o que é realmente cuidar de forma humanizada. Quando, neste processo de cuidar, somos presença genuína e ficamos abertos para o encontro com o cliente, podemos perceber que eles, ao vivenciarem a dor, querem mais que a medicação para o seu alívio. Eles querem atenção, carinho, querem ser tratados como seres humanos inseridos numa família com história e cultura própria, cheios de expectativas, medos e necessidades. Percebemos, ainda, como esta multidimensionalidade do ser pode influenciar sua vivência e percepção da dor.

A vivência da observação participante do cuidado realizado pela equipe de enfermagem, propiciou o desvelamento de vários fenômenos que corroboram para que os clientes vivenciem desnecessariamente a dor durante a internação, e, em especial, no pós-

operatório. Dentre eles, podemos citar: a não avaliação dos clientes por parte da enfermeira; a avaliação de forma inadequada pelos técnicos/auxiliares de enfermagem; a prescrição inapropriada de medicamentos analgésicos, a não reavaliação da dor, após a implementação de alguma terapêutica, bem como a falta de conhecimento dos múltiplos fatores, que podem influenciar a percepção dolorosa como a ansiedade, o medo, o estresse, a privação de sono, as experiências de dor no passado, as informações aos clientes com relação ao que vai lhes acontecer e outros.

O modelo de cuidado de enfermagem segue um paradigma biomédico e tecnicista, onde o cliente não é considerado como sujeito, mas sim “um objeto de cuidado”. Desta forma, não se **“olha para o cliente intuitivamente”**, mas apenas **“ se olha cientificamente,”** cabendo ressaltar que este **“olhar”** aparece apenas na sua dimensão técnica.

Ao realizar o contraponto dos vários olhares no cuidado humanizado e na observação participante se desvela um cuidado no cotidiano, que não nutre o estar-melhor dos clientes, estes vivenciam com frequência a dor no pós-operatório. Acredito que contribuam para isto: o despreparo da equipe de enfermagem, que carece de conhecimentos científicos relacionados ao processo de dor; o predomínio de um cuidado biologicista, ancorado no paradigma positivista.

Os recursos humanos, a burocratização e a formalização excessivas se constituem em outros fatores que contribuem para a desumanização do cuidado.

Ao implementar o cuidado humanizado, percebi a importância da relação **EU-TU**, onde interagimos com o cliente, considerando-o como um ser único, respeitando a sua vivência ímpar. Os clientes expressam, em suas falas, como é possível **estar-melhor**, por terem sido compreendidos e terem obtido **respostas** aos seus **chamados** por ajuda.

Neste sentido, acredito que seja fundamental e possível, uma mudança no “olhar” da equipe de enfermagem, para que possamos cuidar de forma humanizada. Considero possível a aplicação da Teoria Humanística de Paterson e Zderad no cotidiano de uma Clínica Cirúrgica, e, nesta perspectiva, proponho a realização de oficinas de cuidado para que toda a equipe possa se sensibilizar, e, desta forma, **“olhar de modo intuitivo”**. Igualmente importante é a compreensão da vivência da dor, sua avaliação, conceito, medicações e as diferentes formas de tratamento da dor, para que possam **“olhar de modo científico”** este fenômeno em todas as suas dimensões. Creio que é somente na fusão destes olhares, cuidando nesta perspectiva,

que poderemos avançar e proporcionar a todos os clientes que vivenciam uma cirurgia, um **estar-melhor**, ou seja, um pós-operatório sem dor, respeitando seu direito, entendendo que todo ser humano merece um cuidado humanizado.

Nas entrevistas que realizei com os clientes, percebi, claramente, que eles, ao vivenciarem o pós-operatório, têm a expectativa de receber um cuidado efetivo, de ter **respostas** aos seus **chamados** por ajuda, de serem aliviados na sua dor, enfim, de poderem **estar-melhor** nesta situação.

Ao desvelar o cuidado aos clientes que referiram a dor e vivenciar a implementação de um cuidado norteado pela Teoria Humanística de Paterson e Zderad, descobri um leque de possibilidades para poder transformar este “olhar técnico”, num “olhar humano”. Constatei que não só é possível como se faz necessário implementar um cuidado humanizado. Acredito que este seja o início de uma longa caminhada em direção à humanização, para que as expectativas dos clientes não fiquem somente no imaginário, mas façam parte do cotidiano, para que pedidos como os de **Tulipa** sejam sempre e naturalmente atendidos.

“ Gostaria que sempre que chamasse na campainha viesse alguém rápido; que eles fizessem uns pontos bem feitiños para não ficar muito feia a barriga; sei que não vou poder fazer as coisas, gostaria que me ajudassem quando eu precisar; gostaria de um remédio se eu sentir dor; gostaria que alguém ficasse direto aqui comigo, mais sei que isto é impossível, mas a minha filha vem para ficar comigo; gostaria de ser cuidada com carinho, pois quando um paciente é cuidado com carinho, por mais doente que ele esteja, sempre se sente confortado. Acho que as pessoas que cuidam de doentes deviam cuidar assim, mas nem sempre é assim que cuidam, né! Tulipa

No hospital, onde este estudo foi realizado, observei que o tratamento para a dor pós-operatória é predominantemente medicamentoso, sendo o cloridrato de tramadol a droga mais usada. Os tratamentos não medicamentosos, representados pelo: relaxamento, estimulação cutânea, distração/imaginação, musicoterapia, cromoterapia, acupuntura, estimulação elétrica transcutânea e outros, não são utilizados. Dentre esses tratamentos citados acima, apenas a acupuntura é utilizada em clientes que são atendidos no ambulatório.

Acredito na necessidade de novos estudos relacionados aos cuidados de enfermagem aos clientes que vivenciam a dor em todas as suas formas. É no desvelar destas realidades que poderemos avançar em direção à humanização de todos, clientes e equipe de enfermagem.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 1977

BENEDET, S. **Cliente cirúrgico: ampliando a sua compreensão**. Florianópolis. 2002. 149 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

BEYMER, P.L. Transcultural aspects of pain. In: ANDREWS, M.M.; BOYLE, J.S. **Transcultural concepts in nursing care**. 2.ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.

BEYERS, M.; DUDAS,S. **Enfermagem medico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1889. 4v

BERNARDO, C.L.E. O papel da enfermagem. In: DRUMMOND, J.P. **Dor aguda: fisiopatologia clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Ateneu, 2000.

BOFF, L. **A águia e a galinha – uma metáfora da condição humana**. 31. ed. São Paulo: Editora Vozes,1999a.

BOFF, L. **Saber cuidar – ética do humano, compaixão pela terra**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999b.

BUBER, M. **Eu e tu**. 2.ed. São Paulo:Editora Moraes, 1974.

DRUMMOND, J.P.**Dor aguda:fisiopatologia clínica e terapêutica**. São Paulo: Editora Ateneu, 2000.

FERREIRA, A B O .; **Minidicionário da língua portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1993.

FORTES, P. A. C. Reflexões sobre a bioética e o consentimento esclarecido. **Bioética**, São Paulo, v.2, n.2,pp. 129-135,1994.

GEORGE, J.B. et al. **Teoria de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artemed Editora, 2000.

GONZAGA, M. L. C.; ARRUDA, E. N. O cuidado na hospitalização: uma perspectiva infanto-juvenil. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p.195-218, mai./ago. 1998.

GUERCI, A; CONSIGLIERE, S. Por uma antropologia da dor. **Ilha, Rev. de Antropologia**, Florianópolis, vol.1, n.0, p.57-72, out. 1999. (nota prévia)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, Acupuntura: uma apresentação da acupuntura Disponível em: [http:// www.hu.ufsc.br](http://www.hu.ufsc.br). Acesso em 20 dez.2001

INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>. Acesso em 13 nov.2001.

JAPUASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1996.

LAUFFREY, Shirley. C., BROUSE, Susane H. Paterson & Ziderad - A humanistic nursing model. In: FITZPATRICK, Joyce J. WHALL, Ann L. **Conceptual models of nursing; analysis and application**. Maryland: Prentice-hall, p-181-202,.1983.

LUPINACCI, R. A ; GUATELLI, R. Analgesia pós-operatória. **Revista Brasileira de Medicina**.v.51, n.9, set.94.

MC CORMARCK, K. Uma visão geral da dor. **Dor, o jornal**. São Paulo: Junho de 1995.v.1,p.2.

MELEIS, A. **Theorical nursing - development & progress**. Philadelphia, J.B. Lippincott Co, p. 349-356, 1985.

MELZACK, R; WALL, P. **O desafio da dor**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.1982. p.425

MELZACK, R & TORGERSOON. W. Son de language of pain. **Anesthesiology**.v.34.n.1.p.59-9.1971.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. 2.ed. São Paulo. Editora Martins Fontes.1999

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORSE, J. M. A enfermagem como conforto: um novo enfoque no cuidado profissional. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p. 70-92, mai/ago.1998.

OLIVEIRA, M. E. **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor: uma experiência dialógica com mães/recém nascidos pré-termo**.Florianópolis 1998. 127f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

PATERSON, J.; ZDERAD, L.T. **Enfermeria humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

PENICHE, A S. G; CHAVES, E. C. Algumas considerações sobre o paciente cirúrgico e a ansiedade. **Rev .latino-am. Enfermagem**-Ribeirão Preto, v.8,n.1, p.45-50, jan.,2000.

PEREIRA, L.V.; SOUZA, F. A. E. F. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. **Rev .latino-am. enfermagem** Ribeirão Preto: v.6,n.3, p.77-84, jul., 1998a

PEREIRA, L.V.; SOUZA, F. A. E. F. Estimação em categorias dos descritores da dor pós-operatória. **Rev . latino-am. enfermagem** Ribeirão Preto, v.6, n.4, p.41-48, out., 1998b.

PEREIRA, A.P.S.; ZAGO, M.M.F. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.2, p.144-52, ago., 1998.

PIERÓN, H. **Dicionário de psicologia**. Porto Alegre: Editora Globo, 1969

PIMENTA. C. A M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M. J.;CORRÊA, C. F.; PIMENTA, C.A. M. **Dor: conceitos gerais**. São Paulo: Limay, 1994.

PIMENTA, C.A.M. A enfermagem e o manejo da dor. In.: **Anais 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem** Bahia, p.287-309, 1998.

PIMENTA, C.A.M. et al. Liga de dor: uma experiência de ensino extra curricular. **Rev.. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.3, p.281-289, out., 1998.

PRAEGER, S.G, Josphine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, J.B. et al. **Teoria de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre Artemed Editora, 2000.

ROSSATO,L.M: ANGELO.M. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré- escolares face a procedimento doloroso. **Rev. Esc. Enf. USP**. v.33.n.3.p. 236-19.set.1999.

SALUM, N.C. **Educação continuada no trabalho: uma perspectiva inovadora de transformação da prática e valorização do(a) trabalhador(a) de enfermagem**. Florianópolis. 1998. 178f. Dissertação (mestrado em enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

SANTOS. A.L.; VALENTE, E. A dor e o cuidar. **Nursing**, Lisboa, v.7, n.84, 1995.

SANTOS, S.S.C.; LUIS, M.A.V, **A relação da enfermeira com o paciente cirúrgico**.Goiânia: Editora A B, 1999.

SANTIN, S. O cuidado/ e ou conforto: um paradigma para a enfermagem desenvolvido segundo o costume dos filósofos. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7, n.2, p.111-132, mai/ago.1998.

SCHOELLER, M. T. **Guia prático para o tratamento da dor oncológica**. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. Florianópolis.s.d.

SIMÕES. F. M. S. O ensinar/cuidar sob a ótica da fenomenologia Heideggeriana - Relato de Experiência. **Rev Texto e Contexto**. v.7n.2 .maio/agosto1998.

TEIXEIRA, M. J.; OKADA M. **A dor na Antigüidade**: da punição dos deuses a qualidade sensorial. São Paulo. Aventis Pharma, 2001.

THELAN, L. et al. **Enfermagem em cuidados intensivos, diagnósticos e intervenção**. 2. ed. Lisboa: Lusodidacta, 1996.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem – uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

WRIGHT, A. A necessidade de evitar a dor. In: ATKINSON, L.D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989.

VERGARA, R. Muita dor. **Revista Super Interessante**. São Paulo; ed 170, p.61-65, nov. 2001.

VIANNA, A. C. A. Sensibilização: uma forma de educação para o cuidado. **Rev Gaúcha de Enfermagem** Porto Alegre, v.21, n. esp., p.113-120, 2000.

WALDOW, V.R. Cuidado humano – o resgate necessário. Porto Alegre: 2 ed. Editora Sagra Luzzato, 1999.

ZALON, M.L. Avaliação pela enfermeira da dor pós operatória dos pacientes. Pain, Amsterdam, v.54, p.329-34, 1993.

ZAMPIERI, M. F. Humanizar é preciso, escute o som desta melodia. In: OLIVEIRA, M. E; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M.. **A melodia da humanização**. Florianópolis: Editora Cidade Futura. 2001a.

ZAMPIERI, M. F. O processo educativo: interpretando o som da humanização. In: OLIVEIRA, M. E; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. M.. **A melodia da humanização**. Florianópolis: Editora Cidade Futura. 2001b.

ANEXO 2 – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA NO PRÉ-OPERATÓRIO

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome :

Idade: Sexo: Número de filhos:

Profissão: Estado Civil:

Natural/ Local que reside:

Tipo de cirurgia : Data da cirurgia: Data da internação

2 - Qual a sua expectativa para esta cirurgia? (olhar intuitivo OI)

3 - O que sente neste momento (pré-operatório) ? (OI)

4 - O que é para você a dor, você poderia fazer uma comparação da dor ? (OI)

5 - Como você gostaria de ser cuidado no pós-operatório se sentir dor? (OI)

6 - O que você gostaria de saber com relação ao período trans-operatório e pós-operatório. (Olhar científico – OC)

7 - Você já fez outras cirurgias? Como vivenciou? (OI)

8 - Quando você sentiu sua pior dor? (OI)

ANEXO – 3 ROTEIRO PARA A ENTREVISTA NO PÓS-OPERATÓRIO

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Sexo:

Profissão:

Estado civil:

Número de filhos:

Naturalidade/local que reside:

Tipo de cirurgia realizada:

Data da cirurgia:

Tipo de anestesia:

- 2) Como você está se sentindo no momento?(OI)
- 3) Como vivencia a percepção dolorosa? (OI)
- 4) Você gostaria de receber algum analgésico prescrito (OI e OC)
- 5) Após ter sido medicado, você poderia dizer com se sente e qual a intensidade de sua dor? (OC)
- 6) Como você se sente vivenciando o pós-operatório sem dor? (OI e OC)

ANEXO – 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar desta prática assistencial que irei desenvolver na Clínica Cirúrgica I/HU nos mês de junho do 2001.

A prática que proponho desenvolver, busca atender os(as)clientes de forma humanizada, no período pré e pós-operatório quando vivenciam a dor.

Os relatos obtidos serão confidenciais, o nome dos participantes não será utilizado, garantindo o sigilo do estudo. Saliento que você está livre para desistir desta participação quando desejar.

Certa de sua colaboração, agradeço a disponibilidade de sua participação, salientando que ela é de extrema relevância para obtermos novas maneiras de cuidar dos clientes que vivenciam a dor no pós-operatório.

Leia Emília May

Eu, _____

aceito

participar desta prática desde que as colocações acima sejam respeitadas.

Florianópolis, / / 01

**ANEXO - 4 - DECLARAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

<p>A implementação do cuidado humanizado foi registrada em diário de campo, apresento aqui um recorte deste diário em momentos do cuidado com Violeta, Tulipa e Cravo.</p>	
<p>DIA 12/6/01 PRIMEIRO DIA DE PÓS-OPERATÓRIO COM VIOLETA – ela foi submetida a uma colecistectomia</p>	
<p>Pela manhã, às 8 horas, cheguei na CCR I e me dirigi ao quarto de Violeta. <u>Ela estava deitada no leito em decúbito dorsal, portava fluidoterapia, com uma punção venosa periférica em membro superior esquerdo, dreno de Kher em hipocôndrio direito, que drenava secreção biliar e incisão cirúrgica do tipo Kocher em hipocôndrio direito. Estava icterica, hidratada, com sinais vitais mantidos durante à noite.</u> Cumprimentei à todas as outras três clientes internadas ali, e fui ao seu encontro, ela me deu bom dia sorrindo e comentou <u>“Estava mesmo dizendo, será que a minha enfermeira vem para me cuidar? Já me disseram para eu tomar banho de chuveiro, credo, querem que eu desmaie no chuveiro, eu disse que eu não quero banho de chuveiro. Refere não ter tido dor, só quando se movimenta na cama, tem muita náusea mais acha que é assim mesmo.</u> Lhe explico que pode ser devido a anestesia geral ou aos analgésicos, mas vou ver se tem algum medicamento prescrito para a náusea. Consultei o prontuário, em sua prescrição médica tem: analgésicos potentes (tramal e.v. de horário) juntamente com dipirona e voltarem de horário e morfina s.c se necessário.O plasil esta prescrito para aplicação endovenosa de 6 em 6 horas. <u>Ela recebeu uma ampola de plasil à menos de 1 hora, e lhe expliquei que não poderei repeti-la em um espaço de tempo inferior à 6 horas</u></p>	<p>Olhar científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Olhar científico</p>
<p><u>Combinamos que eu lhe daria o banho na cama visto que tinha se submetido a cirurgia na tarde do dia anterior. Perguntei se sabia como era o banho no leito, ela disse que não, que nunca tomou um banho na cama e comenta: como é que pode a gente ter que precisar tomar um banho na cama, nunca pensei em ter que precisar.</u> Iniciei o banho e começamos a conversar, <u>ela me contou como passou a noite, que não conseguiu urinar e que a companheira de quarto à levou para o banheiro, aí urinou e ficou bem, depois dormiu Comenta sorrindo, que não incomodou nada as colegas de quarto. As colegas de quarto são muito solidárias, participam dos acontecimentos e de tudo que acontece no quarto e também se ajudam mutuamente, observei que estão sempre prontas para se ajudar mutuamente.</u></p>	<p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p>
<p><u>Após o banho, disse que se sentia bem, combinei com Violeta para fazermos o curativo. Organizei o material necessário e comecei o procedimento. Pediu que eu não a machucasse, pois sentiu um pouco de dor durante o procedimento, no momento que procedi a limpeza sob os pontos de reforço. Eu disse que faria com o máximo de cuidado. Ficou mais tranqüila e chamou as colegas de quarto para que vissem sua incisão cirúrgica. Me pergunta quantos pontos levou. contei os pontos e respondi prontamente. Perguntou se amanhã vou cuidar dela, gostaria que eu fizesse o seu curativo, que ela gostou muito por eu estar lhe cuidando, eu respondi que virei amanhã. Faz planos para amanhã tomar banho de chuveiro e lavar a cabeça. As outra cliente participam da conversa e elogiam o cuidado e Violeta brincando e sorrindo diz: elas já estão com inveja da minha enfermeira! Ao que uma cliente responde: ah! Se a minha enfermeira for assim boa... Me despedi e fui buscar os aparelhos para verificar os seus sinais vitais, estes, estavam normais. Violeta me pediu que eu telefonasse para a sua cidade para avisar sua família como ela estava após a cirurgia, telefonei e um pouco mais tarde trouxe notícias dos seus familiares, ela ficou mais tranqüilidade. Neste momento, refere ainda muita náusea e agora uma azia, diz que tem medo de vomitar e arrebrantar os pontos, a tranqüilizei e disse que os pontos não arrebrantam assim tão fácil e que ela poderia colocar as duas mãos, uma de cada lado o abdome, entrelaçando os dedos sobre o mesmo para tentar apoiar a incisão, caso vomitasse. Fui consultar o prontuário para ver alguma medicação. Retornei ao quarto comunicando que no</u></p>	<p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p>

<u>momento não poderíamos repetir o plasil pois só pode ser feito de 6 em 6 horas e ela já recebeu às 8 horas.</u>	Olhar científico
Retornei ao quarto às 10:30h e ela <u>relata que continua com náusea, um queimor no estômago e agora começou a dor na barriga do lado que foi operado.</u> Perguntei sobre a intensidade da dor e sua localização, <u>me diz que é moderada e é do lado onde foi feita a incisão.</u> Estava tão serena pela manhã cedo agora está ansiosa. Perguntei se gostaria de um analgésico. <u>AH! Se tiver eu quero sim, dá para agüentar a dor, só que está doendo até para respirar, mais eu fico quieta sem me mexer aí parece que não dói tanto.</u> Combinei de consultar o prontuário e retornar. Avisei que lhe <u>aplicaria uma injeção para a dor, estava tensa, percebi que sobre-saltou</u> quando fiz a medicação subcutânea. (apliquei morfina por via subcutânea. <u>Ela me disse que vomitou escuro 2 golfadas, tentei tranquiliza-la</u> dizendo que conversaria com a acadêmica de medicina que estava fazendo a sua prescrição sobre estes novos sintomas que surgiram, pirose, e o “ vômito escuro”. A acadêmica acrescentou em sua prescrição a ranitidina, medicamento que diminui a produção de suco gástrico. <u>Preparei a medicação e fui ao seu encontro. comuniquei sobre a medicação que faria que provavelmente aliviaríamos os seus sintomas, ela me agradeceu.</u> Me disse que o motorista da ambulância da sua cidade, seu primo, tinha acabado de sair do quarto e que ela gostaria de ter me apresentado. <u>Ela disse que falou para ele que eu fui um anjo que caiu do céu para cuidar dela,</u> agora quando eu ver a novela vou sempre me lembrar do meu anjo que caiu do céu. Respondi que também gostaria de tê-lo conhecido. <u>Me despedi, pois já era quase meio dia. Lhe desejei que melhorasse e que se precisasse de alguma coisa poderia chamar na campainha. Ela se despediu sorrindo e disse que me esperaria a tarde.</u>	Olhar científico
No período da tarde, às 14:30 fui ao seu quarto, ela estava dormindo, retornei após uns 15 min. E Violeta já estava acordada. <u>Sua expressão estava mais serena e alegre.</u> Perguntei como se sentia me disse: <u>passou tudo, a dor na barriga, a azia e a náusea,</u> perguntei se sentia bem melhor com relação a manhã, me responde: <u>nossa, acho que tu também percebes né! eu disse que sim, que realmente ela está com outra aparência.</u> Me pediu que a ajudasse a ir ao banheiro para urinar. A auxiliei. Ao retornar para a cama, <u>examinei seu curativo para ver se não havia drenado muito, estava com as gazes molhadas então, combinei de trocá-lo em seguida.</u> Me pediu que eu elevasse um pouco a cabeceira da cama, disse que iria colocar os óculos para ver o movimento, assim o tempo passaria mais rápido. <u>Perguntei se havia ficado confortável a altura da cama, me disse que estava bem.</u> Me despedi e sai do quarto para pegar o material e trocar o seu curativo.	Olhar intuitivo
Às 16 horas, apresentou taquicardia supra ventricular, com tontura, hipotensão ansiedade, <u>refere que se sente muito mal que está com medo de morrer.</u> Eu fiquei ao seu lado. Ela foi avaliada pelo médico e este solicitou um eletrocardiograma de urgência, sua frequência cardíaca estava 197 bpm. Após ter sido realizado o eletrocardiograma, <u>fui até o balcão do posto e pedi para a enfermeira que solicitasse a avaliação de Violeta pelo intensivista pois ela não estava bem. Violeta estava em pânico, pediu que eu não saísse dali, que ficasse com ela.</u> eu respondi que estaria ali. <u>Meu Deus, será que eu tenho que passar por tanta coisa assim nesta vida....</u> Quando a auxiliar lhe aplicou mais uma injeção ela fala: <u>com tanta medicação assim é porque a coisa não está boa.</u> Procurei ficar junto com ela segurei sua mão lhe disse que realmente é necessário fazermos várias medicações até que os batimentos do coração voltem ao normal. Após a aplicação da terceira medicação a frequência cardíaca normalizou. <u>Agora Violeta está mais tranquila, diz sentir-se melhor, me pergunta que horas eu vou embora, até quando eu vou ficar na Unidade,</u> respondo que <u>até na semana que vem, ela me diz sorrindo ah! Então tu vais me cuidar até eu ir embora?</u>	Fusão do olhar intuitivo-científico
<u>Me conta que ficou com muito medo de morrer,</u> a auxiliar retorna para saber como ela está após a saída da mesma comente: <u>esta a é muito querida, aquela que ficou comigo hoje pela manhã também é, mas a que me cuidou a noite... quando eu pedi um remédio para a dor ela respondeu credo porque é que vocês se queixam tanto, com tanta gente pior..</u> Violeta diz que pensou: <u>se fosse tu que tivesse aqui na cama com dor, não dirias isto.</u> Violeta não falou nada para a auxiliar de enfermagem mas desabafou comigo: <u>eu não quero estar com dor, mais isto não depende de mim.</u> <u>Conversamos mais um pouco, disse que se sentisse alguma coisa era só chamar, coloquei a campainha bem</u>	Fusão do olhar intuitivo-científico
	Olhar científico
	Olhar intuitivo

<p>perto dela, desejei boa noite e combinei que voltaria pela manhã, ela agradeceu e <u>comentou</u>: tomara que eu passe bem está noite que eu não dê mais nem um susto no pessoal.</p>	
--	--

<p>DIA 11/06/01- O PRIMEIRO ENCONTRO COM TULIPA NO PRÉ-OPERATÓRIO E A PRIMEIRA ENTREVISTA – Ela foi submetida a uma colecistectomia.</p> <p>Em 11/06 às 13:00h cheguei à CCR I para assistir à passagem de plantão para me informar das intercorrências do turno da manhã. Após este momento, conversei com a enfermeira responsável pelo turno da tarde para saber que clientes fariam cirurgia no dia seguinte. Ela me informou que a cliente A. A. S. fará uma colecistectomia no dia 12 ou 13/06. Diante desta informação fui até o quarto da cliente para me encontrar com ela. A. A. S. estava sentada na cama, parecia tranquila. <u>Me apresentei, disse para que estava ali e conversamos sobre o meu trabalho. Expliquei os objetivos do trabalho e perguntei se ela gostaria de participar, me perguntou se precisaria pagar alguma coisa, ao que respondi que não, “eu gostaria de participar sim, me fala sorridente”. Começamos a conversar então sobre a cirurgia, perguntei sobre a cirurgia de amanhã, e ela surpresa me disse: “amanhã”? Eu lhe pergunto se não havia sido informada sobre o dia da cirurgia “não, não sabia que seria amanhã”. Lhe falei que era provável que fosse amanhã ou na quarta-feira e complementei explicando que todas as cirurgias que são realizadas no H.U., são comunicadas ao setor um dia anterior através de um mapa que o pessoal do Centro Cirúrgico envia. Então ela me disse: “então depois, na hora que vier este mapa confirmando a cirurgia tu podes me dizer?” Respondi que depois das 16:30h já poderia lhe dizer alguma coisa. Neste momento chega sua filha para visitá-la e ela me apresenta sorridente. Em seguida me diz que precisa descer para ir ver uma filha de 7 anos que não pode subir na Unidade nos dias de semana, somente aos domingos. Diante disto ela ficou meio sem saber o que fazer, se ia para a visita ou se ficava conversando comigo. Percebi que ficou ansiosa, por isto a tranquilizei dizendo que não haveria problema algum, que poderíamos conversar depois. Me despedi e retornei mais tarde.</u></p> <p>Voltei ao seu quarto às 16:30h, Tulipa estava deitada, e sorriu ao me ver. Perguntei se podíamos conversar, me disse: “já estava te esperando”. Fui buscar uma cadeira para poder sentar e ficar mais confortável para a entrevista. <u>Mostrei para Tulipa o consentimento livre e esclarecido, prossegui com a leitura do termo, ela escutou atentamente e depois o assinou. Me perguntou sobre a cirurgia e eu confirmei que será amanhã mesmo às 8:00 h. Ela me olhou e repetiu com voz alta “às 8 horas... já às 8 horas?” Confirmei que sim.</u></p> <p>Iniciamos então a entrevista do pré-operatório.</p> <p>1) Dados de Identificação: 47 anos, união estável, 4 filhos, do lar, natural de Armazém e residente em Palhoça, internou na CCR I em 09/06/01 com colecistite aguda e colelitíase para fazer uma cirurgia de colecistectomia em 12/06/01. Tem hipertensão arterial.</p> <p>2) Qual a sua expectativa para esta cirurgia? <u>É a minha primeira cirurgia. Na quinta-feira procurei a emergência do H.U. pois já desde segunda-feira comecei com esta dor forte na barriga, com náusea e vômito. Tomei um sonrisal e um anador em casa e aliviou um pouco só que não conseguia dormir. Terça-feira, fui para o Hospital Regional, a dor era demais, tanto que até gritei, nem me examinaram, mandaram fazer uma medicação e então me aliviou aí me mandaram para casa. Quando passou o efeito da injeção a dor voltou toda de novo. Na quarta-feira, voltei lá e o mesmo médico mandou aplicar um soro, a dor melhorou um pouco e me mandaram para casa de novo, naquela noite, não dormi nada. Na quinta-feira, como a dor não passava resolvi vir para o HU. Aqui é que descobriram, depois de me examinar e fazer um ultrassom, que eu estou com infecção e pedra na vesícula. Demoraram para me atender pois chegou uma pessoa com parada cardíaca, mas pelo menos me examinaram e descobriram o que eu tenho. Me disseram que eu teria que operar, o médico já queria que eu ficasse internada, mais eu fiquei tão assustada e muito nervosa que a minha pressão até subiu, então pedi para ir para casa e voltar no sábado ele concordou, fui na sexta para casa e voltei sábado para internar.</u> <u>Como é a primeira vez que vão cortar o meu corpo, eu estou com medo, mas acho que vai dar tudo certo, que Deus vai cuidar de mim, só tenho medo que a minha pressão aumente, pois eu tenho pressão alta.</u></p> <p>3) Como se sente neste momento (pré-operatório)?</p>	<p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo e científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo e científico</p>
--	--

<p><u>Estou animada, sei que sou obrigada a operar, que é para o meu bem, sou obrigada a passar por isto. O meu marido queria que eu fizesse com o laser para não deixar que me cortem, mas é muito caro e não temos dinheiro então, tenho que me cortar mesmo.</u></p>	Fusão do olhar intuitivo e científico
<p>4) O que é para você a dor, você poderia comparar a dor com o quê? <u>A dor é muito triste, comparo a dor com uma dor de parto, só que esta é ainda muito pior.</u></p>	Fusão do olhar intuitivo e científico
<p>5) Como você gostaria de ser cuidado no pós operatório se sentir dor? <u>Gostaria que sempre que chamasse na campainha viesse alguém rápido; que eles fizessem uns pontos bem feitos para não ficar muito feia a barriga. Eu sei que não vou poder fazer as coisas, gostaria que me ajudassem quando eu precisar; gostaria de um remédio se eu sentir dor; gostaria que alguém ficasse direto aqui comigo, mais sei que isto é impossível, mas a minha filha vem para ficar comigo; gostaria de ser cuidada com carinho pois quando um paciente é cuidado com carinho, por mais doente que ele esteja, sempre se sente confortado. Acho que as pessoas que cuidam de doentes deviam cuidar assim, mas nem sempre é assim que cuidam né!</u></p>	Fusão do olhar intuitivo e científico Olhar intuitivo
<p>6) O que você gostaria de saber com relação ao período pré, trans e pós-operatório? <u>Eu já conheci um Centro Cirúrgico na vez que fiz duas curetagens, não sei se tem algum cuidado para antes da cirurgia? Tem?</u> (conversamos sobre o preparo pré-operatório, o trans-operatório e alguns cuidados no pós-operatório). <u>Eu não sei o que perguntar sobre depois da cirurgia.</u></p>	Fusão do olhar intuitivo científico
<p>7) Você já fez outras cirurgias, como vivenciou? <u>Nunca fiz outra cirurgia, mas já fiz duas curetagens uterinas. A primeira foi há 13 anos. Eu estava grávida e comecei com muita cólica então perdi o bebê e fui fazer a curetagem, passei bem, não tive dor depois da curetagem. Na segunda vez, estava grávida de 4 meses, foi há 9 anos, tive tanta cólica que tinha vontade de ficar só num cantinho e não falar com ninguém, tinha vontade de ficar trancada num quarto sozinha. Perdi o bebê em casa. Quando eu vi, saiu aquele umbigo do bebê, credo não gosto nem de lembrar, fui para a maternidade e tive que fazer a curetagem, depois passei bem.</u></p>	Olhar científico
<p>8) Quando você sentiu sua pior dor? <u>Já tive pedras nos rins que é uma dor muito triste e insuportável. Acho que esta dor da pedra na vesícula também é igual, é muito triste. Comparo a dor com a dor de parto, mas esta de agora ainda é pior.</u></p>	Fusão do olhar intuitivo –científico

<p>DIA 19/06/01 - DIA DA CIRURGIA DE CRAVO. Ele foi submetido a uma gastroplastia.</p> <p>Cheguei ao setor às 7:30h e Cravo havia acabado de ir para o Centro Cirúrgico-CC. A esposa estava no quarto, <u>perguntei como passaram a noite “ele passou bem, dormiu a noite toda, ele é muito calmo”</u>. Perguntei então como ela tinha passado, “<u>eu dormi um pouco, estou calma</u>” <u>Seus olhos não diziam a mesma coisa, ela parecia ansiosa</u>. Perguntei se poderia ajudar em alguma coisa, ela me diz que não que depois irá lá em baixo conversar com a assistente social sobre a cinta, <u>parecia preocupada com isto</u>. (no pós-operatório desta cirurgia os clientes precisam usar uma cinta abdominal para saírem do leito, Cravo não tinha a cinta e nem dinheiro para comprá-la, então a assistente social estava tentando uma solução). Às 15 horas o C.C avisou que a cirurgia de Cravo já havia acabado, ele estava na Sala de Recuperação Pós-anestésica aguardando para que fossemos busca-lo. <u>Fui ao quarto e a avisei para a esposa de Cravo que iríamos pegá-lo. Ela sorriu</u>. Chegamos na porta do C.C, eu e mais 4 técnicos de enfermagem, eles o trouxeram numa cama, pois a maca não comportava seu peso. Cravo já estava acordado, porém sonolento. <u>Perguntei como se sentia? Me olhou e disse “ com dor , com vontade de urinar e evacuar.” Tentei tranquilizá-lo informando que a cirurgia transcorreu bem (esta informação o pessoal do CC transmite por telefone), e que já está com uma sonda por onde sai a urina, que só tem a sensação de querer urinar</u>. Chegamos no quarto , a esposa o esperava. Acomodamos a cama no quarto. Cravo parecia ansioso e inquieto. Pergunto como poderia ajudá-lo e onde estava sentindo dor. <u>A dor é na bunda pois estou muito tempo nesta posição e vontade de evacuar e urinar.Comento que não poderíamos colocar a comadre por enquanto devido ao esforço que teria que fazer e que a urina já está saindo pela sonda. Pergunto se gostaria que o ajudássemos um pouco a virar e colocássemos um travesseiros nas costas e glúteos para aliviar a pressão</u>. Concorda imediatamente. O viramos discretamente e colocamos um travesseiro sob a nádega “ ah! Agora melhorou 100%, não estava dando para agüentar a dor na bunda” Aviso que olharei várias vezes seus sinais vitais , quando verifico a pressão me pergunta meio sonolento “ <u>quanto está</u>” lhe digo 140/100 e ele” ah! Esta boa.” Dormia, acordava quando solicitado, e dormia novamente. Agora acordou e pede para molhar a boca. A esposa o ajuda com uma gaze e água que lhe deixei. <u>Me despedi da esposa e disse que voltaria mais tarde. Cravo estava ansioso quando chegou ao quarto, depois de ser atendido nos seus chamados , ficou mais tranqüilo e relaxou, acho que se sentiu cuidado</u>. Retornei ao quarto às 16:00 h, Cravo abria os olhos quando eu o chamava. Perguntei como estava se sentindo, me respondeu; “ estou com muito calor, <u>será que dava para tirar a coberta? Será que dava para virar um pouco de novo. Estou com dor na bunda. Novamente mudamos Cravo de decúbito discretamente, e apoiamos a nádega num travesseiro</u>. Agradeceu. Dormiu mais um pouco e acordou pedindo a coberta que está com frio, colocamos o cobertor e ele dormiu novamente.</p> <p>20/06 O PRIMEIRO PÓS-OPERATÓRIO DE CRAVO</p> <p><u>Cheguei ao setor pela manhã e fui até o seu quarto saber como tinha passado</u>. Estava deitado e acordado. Pergunto como passou a noite. “ <u> passei tranqüilo, só o que incomoda é que não posso me virar na cama e aí dói a bunda</u>. Perguntei se esperava que fosse assim o pós-operatório “ <u>esperava que fosse um pouco melhor, com menos reação</u>”. Perguntei, como assim reação? “<u>assim a gente ter que ficar tão parado sem poder se virar</u>”. Percebi que o que mais o incomodou foi a dependência no leito e a limitação de não poder mudar de decúbito causando extremo desconforto e dor pois várias vezes eu perguntei como se sentia e a queixa era sempre esta. <u>Comentei da necessidade de fazer seu banho no leito</u>, pois só poderá sair da cama a tarde com a cinta abdominal. <u>Expliquei como era o banho e que a sua esposa poderia estar junto</u>. A princípio parece que <u>ficou um pouco ansioso</u> com a idéia mas, quando falei que a esposa poderia ajudar ficou mais tranqüilo. <u>percebi que se sentia apoiado e seguro com ela por perto, demonstrava nos gestos e na maneira de pedir as coisa para ela, esta segurança e tranqüilidade ajudam a diminuir a percepção da dor</u>. E neste cliente observamos que se queixou muito pouco de dor no abdome, seu desconforto era a pressão nos glúteos e</p>	<p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p>
---	--

<p>região sacra. Perguntei se sabia como era um banho de leito “não é o primeiro...” Ele participou do banho e colaborava dentro do possível. Perguntei se imaginou que fosse assim ou se pensou que iríamos jogar uma bacia de água sobre ele na cama. “<i>não, não aí a cama ia molhar toda e riu mais descontraído</i>”. Perguntei como foi a experiência de fazer a primeira cirurgia “<i>não é fácil...</i>” A esposa complementa “<i>eu queria explicar mais da cirurgia mais ele não queria me ouvir</i>” Quando orientei para a cirurgia também tive esta impressão, que para ele a cirurgia seria muito simples, ele relatou “<i>para mim é como se eu fosse fazer um exame...</i>” Agora ele me disse “<i>não é bem como um exame...</i>” Ficou um pouco preocupado quando avisei que depois vamos tirar a sonda vesical, “<i>podia tirar só a tarde né!</i>” Perguntei porque gostaria de tirar só a tarde? “<i>ah! porque se não vai me dar vontade de fazer xixi e como eu vou fazer? Será que não vai ficar descontrolado?</i> expliquei que poderia pedir um papagaio, que não ficaria com a bexiga descontrolada, que quanto mais cedo tirasse aquela sonda, melhor para evitar infecção na urina. Expliquei porque a sonda foi colocada e agora que já está bem acordado já poderá tira-la..Acrescentei que não precisa levantar para urinar, pode colocar o papagaio ali deitado mesmo Pareceu mais tranquilo e concordou <u>Quando acabamos solicitou que o colocássemos mais para cima na cama e o virássemos um pouco, o acomodamos, e perguntei como estava agora? Agora me sinto melhor. Estava tranquilo.</u></p>	<p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p>
---	---

<p align="center">UM RECORTE DO DIÁRIO DE CAMPO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE</p>	
<p>11/06 – 15:00h – A cliente G de 17 anos, sexo feminino, está em pós-operatório imediato de laparotomia exploradora – lise de bridas. É sua primeira cirurgia. O auxiliar de enfermagem que está responsável por ela esta tarde me avisa que G está se queixando com dor.</p>	
<p>Neste dia, no período da tarde, a unidade se encontrava com 24 clientes internados. A equipe de enfermagem estava composta de 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem 2 auxiliares de enfermagem juntamente com a bolsista que faz as atividades de escrituração.</p>	
<p>O auxiliar de enfermagem passou pelo quarto de G e ela <u>se queixou de dor em toda a barriga</u>. A cliente estava acompanhada da mãe e do irmão que estavam ansiosos com a dor dela. O auxiliar, neste momento me avisou sobre a queixa de G e eu iniciei a observação participante. <u>Em seguida ele verificou a prescrição médica da cliente e decidiu fazer dipirona endovenosa (e.v.)</u>. Imediatamente preparou a medicação e levou para aplicar na cliente. <u>Ao chegar no quarto eu observei a cliente e percebi que ela apresentava a testa franzida com fácies de dor e estava bastante ansiosa, devido a dor</u>. O auxiliar avisa que vai fazer uma injeçãozinha para a dor e comentou enquanto aplicava a medicação e.v na conexão do equipo de soro: <u>‘esta sonda (referindo-se a sonda nasogástrica) incomoda um pouco né’!</u> Ao que ela respondeu com voz fraca: <u>“incomoda muito...”</u> O auxiliar ficou meio sem jeito, fez rapidamente a medicação e saiu do quarto sem se despedir. Saí junto, chegando ao posto, <u>consultei o prontuário e observei que ela havia recebido tramal e.v na sala de recuperação pós-anestésica às 14:00 horas, porém a cliente ainda referia dor</u>.</p>	<p>Olhar científico</p> <p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo científico</p>
<p>Às 15:40 h retornei ao quarto de G. Até às 15.40h <u>não havia sido reavaliada</u>. Ela estava com o rosto bastante corado e a mãe me olhou ansiosa mencionando a cor vermelha do seu rosto. <u>A mãe estava bastante apreensiva assim como a cliente</u>. Achei que ela estivesse com febre, mas estava com a temperatura normal. <u>Perguntei se alguém havia retornado ao quarto para saber como estava ao que me respondeu: “o auxiliar mediu a minha temperatura, eu não tenho febre, mas ele não perguntou sobre a minha dor</u>. Uma aluna do curso de enfermagem estava cuidando também desta cliente nesta tarde. Ela e a sua professora se preocupam com a hiperemia facial de G. <u>Ambos o auxiliar de enfermagem e a professora acham que seria uma reação à dipirona</u>. <u>Observei o prontuário para saber quais as opções de medicação analgésica prescrita</u>. <u>Havia tramal e.v de 8 em 8 horas e morfina subcutânea s.n..</u> O auxiliar olhou a prescrição médica de tramal e comentou <u>“ eu não faço tramal em paciente assim nova, dá uma reação muito forte”</u>.</p>	<p>olhar científico</p> <p>Olhar intuitivo</p> <p>Olhar científico</p>
<p><u>A enfermeira não avaliou em nenhum momento a cliente</u>. Às 17:00 horas, a bolsista avisa o auxiliar que a cliente continua com dor. A enfermeira sentada no balcão comenta em voz alta: <u>“ela está com dor direto”</u>. O auxiliar <u>consulta</u> novamente a <u>prescrição</u> e decide fazer a <u>morfina s.n</u>, preparou e foi para o quarto, avisou a cliente que iria fazer outra injeção para dor, <u>mas não questiona sobre sua dor</u>, apenas comenta enquanto aplica a injeção subcutânea: <u>“ tens que te mexer mais na cama, é por isto que estás com mais dor”</u>, ao que G responde: <u>“ mas eu estou me mexendo até agora...”</u>. A impressão que se tinha era que o desconforto pela dor era tanto que ela mexia só os olhos, estava assustada. A hiperemia no rosto diminuiu.</p> <p><u>Não é feita uma avaliação com relação a dor, local, intensidade, se a medicação fez ou não efeito, como está se sentindo o cliente naquela situação</u>. As decisões foram tomadas pelo auxiliar de enfermagem.</p> <p><u>Mais tarde, retornei ao quarto e a cliente estava no leito deitada em decúbito dorsal, calada, parecendo assustada</u>. Me disse que a dor ainda não passou. Fui me encontrar com o auxiliar e comentei que a cliente ainda estava com dor abdominal. Ele comentou comigo: <u>“estas adolescentes sempre são assim, tem mais dor porque não se mexem no pós-operatório”</u></p> <p>A cliente não foi avaliada em nenhum momento pela enfermeira.</p>	<p>Olhar científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p> <p>Fusão do olhar intuitivo-científico</p>

<p>Dia 18/06/01 – Um recorte da observação participante da cliente E, sexo feminino, idade 27 anos, 18º dia de pós-operatório de colecistectomia. Reinternou com provável diagnóstico de pancreatite.</p>	
<p>Na passagem de plantão relataram que <u>E se queixou pela manhã de dor abdominal intensa</u>, o auxiliar de enfermagem enfatiza: “dor forte mesmo”, quando enfatizou bem a dor, deu a impressão de querer chamar a atenção dos membros da equipe com a sua avaliação objetiva da dor da cliente. (na minha percepção ficava nas entrelinhas, um reforço de que a cliente não estava mentindo, ela estava com dor de verdade). Eu me mantive atenta para poder observar esta cliente e quem a cuidasse.</p>	Olhar científico
<p>Por volta das 14:30 h, uma acadêmica de enfermagem se aproximou do balcão central e avisou para uma auxiliar de enfermagem que <u>E estava se queixando dor</u>. A auxiliar que recebe a informação diz que não é ela que está cuidando desta paciente hoje, mas como a responsável não está por perto no momento <u>ela resolveu consultar a prescrição médica e comunicou a enfermeira que faria adiantado o tramal e.v.</u> A enfermeira concordou e não fez nenhum questionamento nem foi avaliar a cliente. Fui com a auxiliar até o quarto levar a medicação, <u>a cliente está na cama com uma expressão facial de sofrimento, tem quatro pessoas lhe visitando naquele momento, há um silêncio no quarto e observei que estão todos apreensivos</u>. A funcionária se aproxima do leito de E e relata que vai fazer uma medicação para a dor. <u>Não questiona o local da dor, o tipo de dor, a intensidade ou se a cliente tem outras queixas. Se limita a olhar para a medicação</u> que está aplicando na conexão do equipo de soro, depois olha para o soro, mexe nas conexões que estão próximas da punção venosa como se quisesse arrumar alguma coisa. Todos, os acompanhantes e E, em silêncio, observam o que ela está fazendo. <u>Ela remexe mais um pouco na conexão e sem dizer uma só palavra sai do quarto</u>. Logo encontra a auxiliar que está responsável pela cliente naquela tarde e lhe avisa: “<u>Oh! Adiantei o tramal da 529 –3</u>”.</p>	Olhar científico
<p>Às 16:30h perguntei para a auxiliar de enfermagem como está E, ao que me responde: “<u>Ela foi medicada, não sei como está agora, ainda não fui lá falar com ela</u>”.</p> <p>Fui até o quarto para me encontrar com a cliente e saber como estava. (não me apresentei pois, eu já havia me apresentado em outra oportunidade) Perguntei se alguém já esteve ali para saber se ela havia melhorado, me disse que não. “<u>Ah! A dor ainda não passou, dói bem aqui</u>” e aponta para o abdome em região epigástrica e mesogástrica. <u>Está desanimada, ainda com a expressão facial de dor</u>, naquele momento estava deitada em decúbito lateral. Observei que quando lhe perguntei como estava, o familiar que a acompanhava respondeu rápido, “<u>com dor, com muita dor</u>”. <u>Sua expressão facial e corporal era um pedido de ajuda</u>.</p>	Olhar intuitivo
<p>Às 16:30h perguntei para a auxiliar de enfermagem como está E, ao que me responde: “<u>Ela foi medicada, não sei como está agora, ainda não fui lá falar com ela</u>”.</p> <p>Fui até o quarto para me encontrar com a cliente e saber como estava. (não me apresentei pois, eu já havia me apresentado em outra oportunidade) Perguntei se alguém já esteve ali para saber se ela havia melhorado, me disse que não. “<u>Ah! A dor ainda não passou, dói bem aqui</u>” e aponta para o abdome em região epigástrica e mesogástrica. <u>Está desanimada, ainda com a expressão facial de dor</u>, naquele momento estava deitada em decúbito lateral. Observei que quando lhe perguntei como estava, o familiar que a acompanhava respondeu rápido, “<u>com dor, com muita dor</u>”. <u>Sua expressão facial e corporal era um pedido de ajuda</u>.</p>	Fusão do olhar intuitivo-científico
<p>Às 17:00 horas, retornei ao quarto e <u>ninguém ainda havia ido lhe reavaliar</u> saber como estava. Perguntei como se sentia, E me disse que <u>ainda está com dor na barriga</u>, mais que aliviou um pouco, “<u>pelo menos a dor está mais parada aqui</u>”, (apontando para o estômago), <u>não está correndo pela barriga</u>”, sua postura é de conformação, <u>está quieta de olhos fechados</u>.</p>	Fusão do olhar intuitivo-científico
<p>Às 18:00 horas, eu estava sentada no balcão e escutei um gemido alto. Observei que o som vinha do quarto de E que ficava bem próximo ao balcão central da unidade. Fui até o quarto da cliente e a mãe dela me diz: “<u>ela está com muita dor..., já pedi o remédio mais a funcionária me disse que ainda não está na hora do remédio e que ela já havia administrado um medicamento</u>”. A acompanhante de uma outra cliente que também estava internada no mesmo quarto, está ansiosa com sofrimento de E e relata: “<u>ela deu foi plasil eu acho, não foi um remédio para a dor</u>” <u>A cliente geme alto e a mãe está quase em pânico, só falta pedir pelo amor de Deus. Falei que iria falar com a funcionária que estava cuidando dela</u>. Saí do quarto e fui procurar a auxiliar responsável, porém não a encontrei. Optei por avisar a outra técnica que E estava gemendo de dor. <u>Ela me respondeu: “acho que já foi feito um remédio, mas vou olhar”</u>. Neste momento reapareceu a auxiliar e ao ser avisada da queixa de dor da cliente, <u>consultou a prescrição médica, preparou um buscopam e.v</u> e foi para o quarto de E. Eu a acompanhava, observando tudo em silêncio. Ao chegar no quarto, se aproximou da cama da cliente e avisou: “<u>é um remedinho para a dor.</u>” <u>a auxiliar de enfermagem, enquanto administra a medicação na conexão do equipo de soro, olha para a seringa que tem a medicação, não olha para cliente nem para a acompanhante. A acompanhante e a cliente olham para ela,</u></p>	Olhar científico
	Fusão do olhar intuitivo-científico
	Olhar científico

